



SAÚDE

DA MULHER

EPIDEMIOLOGIA, INTERVENÇÕES, OBSERVAÇÕES
E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Editor: Dr. Guilherme Barroso L. De Freitas



EDITORA
PASTEUR



SAÚDE

DA MULHER

**EPIDEMIOLOGIA, INTERVENÇÕES, OBSERVAÇÕES
E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

Editor: Dr. Guilherme Barroso L. De Freitas



EDITORA
PASTEUR

2020 by Editora Pasteur
Copyright © Editora Pasteur

Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial e Organizadores:

Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues

Dr. Daniel Brustolin Ludwig

Dr. Durinézio José de Almeida

Dr. Everton Dias D'Andréa

Dr. Fábio Solon Tajra

Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior

Dra. Gabriela Dantas Carvalho

MSc. Guilherme Augusto G. Martins

Dr. Lucas Villas Boas Hoelz

MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira

Dra. Márcia Astrês Fernandes

Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli

Dr. Paulo Alex Bezerra Sales

MSc. Raul Sousa Andreza

Dra. Teresa Leal

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.

Saúde da Mulher / Guilherme Barroso Langoni de
Freitas. 1. ed. 2. Vol. - Irati: Pasteur, 2020.

1 livro digital; 1080 p.; il.

Modo de acesso: Internet

<https://doi.org/10.29327/526182>

ISBN: 978-65-86700-14-5

1. Medicina 2. Saúde da Mulher 3. Clínica I. Título.

CDD 610

CDU 601/618

PREFÁCIO

A saúde de mulheres e meninas é particularmente preocupante porque, em muitas sociedades, elas são prejudicadas pela discriminação baseada em fatores socioculturais. Temas como, por exemplo, sexualidade, gravidez, depressão e violência doméstica apresentam ainda resistência na abordagem aberta de muitas mulheres. Compreender as principais doenças, abordagens terapêuticas e obstáculos de manutenção da saúde enfrentados pelas mulheres é o caminho para melhorar a qualidade de atendimento e obter melhores desfechos clínicos. Este livro é uma grande coletânea de estudos das mais diversas abordagens sobre saúde da mulher escrita por autores convidados.

SUMÁRIO

Capítulo 1

ASPECTOS GERAIS E ATUALIDADES SOBRE A ENDOMETRIOSE.....1

Capítulo 2

RASTREIO DO CÂNCER DE MAMA.....13

Capítulo 3

TERAPIA DE LACTAÇÃO EM MULHERES TRANSEXUAIS.....20

Capítulo 4

A ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO DA GESTAÇÃO E DO PUERPÉRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....27

Capítulo 5

BENEFÍCIOS DO PARTO NORMAL FRENTE A CESÁREA E SUA INFLUÊNCIA NO ESTADO DE GOIÁS.....34

Capítulo 6

A ATUAÇÃO DO (A) ENFERMEIRO (A) OBSTETRA NA DIMINUIÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....39

Capítulo 7

SÍFILIS CONGÊNITA.....48

Capítulo 8

HISTERECTOMIA EM MULHERES NA IDADE FÉRTIL: IMPACTOS NA SEXUALIDADE.....56

Capítulo 9

FISIOLOGIA DO CICLO MENSTRUAL FEMININO E SUAS INFLUÊNCIAS HORMONAIS.....	62
--	----

Capítulo 10

SAÚDE SEXUAL DA MULHER.....	70
-----------------------------	----

Capítulo 11

O PARTO É SEU: O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?.....	82
--	----

Capítulo 12

NUTRIÇÃO MATERNA NO DESENVOLVIMENTO FETAL.....	89
--	----

Capítulo 13

AÇÕES DE SAÚDE REALIZADA COM MULHERES NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	100
--	-----

Capítulo 14

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NAS RELAÇÕES SEXUAIS EM MULHERES – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	109
---	-----

Capítulo 15

MANEJO E PREVENÇÃO DA COVID-19 NO ÂMBITO DA OBSTETRÍCIA.....	113
--	-----

Capítulo 16

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: ATUALIZAÇÕES SOBRE RASTREIO E MANEJO.....	118
--	-----

Capítulo 17

MORTALIDADE MATERNA: UM PROBLEMA MULTIFATORIAL DE SAÚDE PÚBLICA QUE CARECE DE MAIS ATENÇÃO.....128

Capítulo 18

ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....138

Capítulo 19

PAPILOMAVÍRUS HUMANO: MECANISMOS DE EVASÃO IMUNE, CÂNCER CERVICAL E O DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS VACINAIS TERAPÊUTICAS.....149

Capítulo 20

VAGINISMO: POR QUE TÃO DIFÍCIL ENFRENTÁ-LO COMO PROBLEMA DE SAÚDE GINECOLÓGICO?.....162

Capítulo 21

CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.....176

Capítulo 22

A ATUAÇÃO DO (A) ENFERMEIRO (A) NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PUERPERAL EM CESÁREA.....186

Capítulo 23

UTILIZAÇÃO DE MÍDIAS SOCIAIS COM FOCO NO EMPODERAMENTO FEMININO EM TEMPOS DE PANDEMIA.....194

Capítulo 24

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM PERÍODO DE PANDEMIA.....200

Capítulo 25

TROMBOFILIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ASPECTOS DA ACESSIBILIDADE À ENOXAPARINA EM MINAS GERAIS.....	205
---	-----

Capítulo 26

IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO BRASIL.....	217
--	-----

Capítulo 27

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DAS VULVOVAGINITES.....	227
---	-----

Capítulo 28

VAGINOSE CITOLÍTICA.....	237
--------------------------	-----

Capítulo 29

PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO ESTADO DO AMAZONAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA.....	245
--	-----

Capítulo 30

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: BANALIZAÇÃO E IMPLICAÇÕES.....	253
--	-----

Capítulo 31

HABILIDADES CLÍNICAS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA ONLINE.....	263
---	-----

Capítulo 32

ESCLERODERMIA SISTÊMICA PROGRESSIVA: MANIFESTAÇÕES ORAIS E DISFAGIA – RELATO DE CASO COM FOLLOW UP DE 13 ANOS.....	269
--	-----

Capítulo 33

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA.....	277
---	-----

Capítulo 34

ATUALIZAÇÕES E DESAFIOS EM INFERTILIDADE FEMININA.....286

Capítulo 35

INCIDÊNCIA DE DIABETES MELITO TIPO 2 EM MULHERES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS.....296

Capítulo 36

TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS EM PACIENTES COM SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO.....300

Capítulo 37

HIPERÊMESE GRAVÍDICA PSICOGÊNICA.....305

Capítulo 38

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....311

Capítulo 39

ABORDAGEM GINECOLÓGICA DE PACIENTE TRANSGÊNERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BÁSICA.....319

Capítulo 40

SEXO E GÊNERO: UMA NOVA VISÃO PARA A MEDICINA DO BRASIL.....331

Capítulo 41

REVISÃO INTEGRATIVA: SAÚDE DA MULHER E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....340

Capítulo 42

CARCINOGENESE MAMÁRIA: POSSÍVEL RELAÇÃO COM O VÍRUS DO TUMOR MAMÁRIO DE CAMUNDONGO (MMTV).....344

Capítulo 43

O PLANO DE PARTO COMO INSTRUMENTO DE EMPODERAMENTO DA GESTANTE.....	350
---	-----

Capítulo 44

ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DE ÚTERO EM MULHERES NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL.....	356
---	-----

Capítulo 45

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: HISTÓRIA, ALTERAÇÕES METABÓLICAS DO DIABETES NA GESTAÇÃO E CONSENSO ATUAL DE CONDUTAS E RECOMENDAÇÕES.....	362
---	-----

Capítulo 46

A DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO CENÁRIO DA SAÚDE DA MULHER.....	374
--	-----

Capítulo 47

SAÚDE DA MULHER MODERNA NA VISÃO DO AYURVEDA.....	380
---	-----

Capítulo 48

OS IMPACTOS DO CLIMATÉRIO NA SAÚDE DA MULHER: UMA ANÁLISE REFLEXIVA.....	389
--	-----

Capítulo 49

A IMPORTÂNCIA DA OCITOCINA FISIOLÓGICA PARA O PARTO.....	402
--	-----

Capítulo 50

ATUALIZAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO.....	408
--	-----

Capítulo 51

EPIDEMIOLOGIA DE SÍFILIS NA GESTANTE NO ESTADO DE GOIÁS E A RELAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL.....418

Capítulo 52

ABORDAGEM FARMACÊUTICA E PARÂMETROS CLÍNICOS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM PACIENTES ACOMETIDAS POR DOENÇA AUTOIMUNE ASSOCIADA À ARTRITE REUMATOIDE.....424

Capítulo 53

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: CUIDADO MULTICENTRADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE..... 436

Capítulo 54

ANEMIA FERROPRIVA NA GESTAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....444

Capítulo 55

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA.....448

Capítulo 56

A VULNERABILIDADE À INFECÇÃO POR DSTS EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.....455

Capítulo 57

A SEXUALIDADE E A SAÚDE SEXUAL DA MULHER NAS DIFERENTES FASES DA VIDA.....461

Capítulo 58

CÂNCER DE MAMA NO BRASIL: UMA REVISÃO SOBRE OS PRINCIPAIS CONCEITOS.....479

Capítulo 59

BENEFÍCIOS DO USO DE COLETOR MENSTRUAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	491
--	-----

Capítulo 60

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CENÁRIO DA SAÚDE DA MULHER: UMA REVISÃO DA LITERATURA.....	495
--	-----

Capítulo 61

UM PANORAMA FISIOLÓGICO E SOCIAL ACERCA DO ENVELHECIMENTO DA MULHER.....	505
--	-----

Capítulo 62

AMAMENTAÇÃO E A INFLUÊNCIA NA SEXUALIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	514
---	-----

Capítulo 63

CORRIMENTO VAGINAL: INFECCÕES E CERVICITE.....	525
--	-----

Capítulo 64

DESFECHO MATERNO E PERINATAL DE GESTAÇÕES COM DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PRÉVIA E ACRETISMO PLACENTÁRIO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA BAIXADA SANTISTA.....	532
---	-----

Capítulo 65

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO....	540
--	-----

Capítulo 66

O MANEJO DO CÂNCER DE MAMA EM GESTANTES: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	545
---	-----

Capítulo 67

CONTROLE DE QUALIDADE NO PARTO HUMANIZADO COMO ESTRATÉGIA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR.....550

Capítulo 68

CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE FEMINICÍDIO NO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO ÚLTIMO TRIÊNIO (2016-2018).....560

Capítulo 69

IMPLICAÇÕES DO DISTANCIAMENTO SOCIAL NA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UM ESTUDO REFLEXIVO-TEÓRICO.....565

Capítulo 70

PRÉ-ECLÂMPSIA E SUAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES.....575

Capítulo 71

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE GESTANTES TOXICODEPENDENTES À LUZ DA TEORIA DA RELAÇÃO INTERPESSOAL DE JOYCE TRAVELBEE.....585

Capítulo 72

TORÇÃO DE LEIOMIOMA SUBSEROSO PEDICULADO: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....592

Capítulo 73

IMPLICAÇÕES DO CÂNCER DE MAMA NA SAÚDE DAS MULHERES.....604

Capítulo 74

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES NO ESTADO DE ALAGOAS ENTRE OS ANOS 2015-2017.....610

Capítulo 75

PORENCEFALIA COM DIAGNÓSTICO PÓS NATAL DE AGENESIA DE CORPO CALOSO: RELATO DE CASO.....619

Capítulo 76

TRANSPLANTE DE ÚTERO: UMA ALTERNATIVA PARA A INFERTILIDADE POR FATOR UTERINO.....625

Capítulo 77

A CONSULTA GINECOLÓGICA DO PACIENTE TRANSEXUAL.....631

Capítulo 78

GINECOLOGIA NATURAL.....642

Capítulo 79

AUXÍLIO DAS REDES SOCIAIS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....655

Capítulo 80

EFEITOS ADVERSOS ASSOCIADOS AO USO DO ANTICONCEPCIONAL POR MULHERES.....660

Capítulo 81

ALTERAÇÕES SEMIOLÓGICAS DA HEPATITE B NA GESTANTE NO ESTADO DE GOIÁS.....669

Capítulo 82

LINHA DE CUIDADO NO CÂNCER DE MAMA.....674

Capítulo 83

ESTRATÉGIAS MUNDIAIS CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....679

Capítulo 84

A RESISTÊNCIA A INSULINA NA FISIOPATOLOGIA DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO E O USO DE METFORMINA NO MANEJO CLÍNICO.....686

Capítulo 85

ABORTAMENTO DE REPETIÇÃO.....694

Capítulo 86

UM OLHAR SOBRE A HUMANIZAÇÃO NOS TRATAMENTOS DE SAÚDE DA MULHER ATRAVÉS DA TEORIA DE JUSTIÇA DE JOHN RAWLS.....705

Capítulo 87

COVID-19: O REFLEXO NA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....714

Capítulo 88

ADAPTAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO.....720

Capítulo 89

MÉTODOS DE ESTIMAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL.....732

Capítulo 90

SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL E DISMENORREIA.....738

Capítulo 91

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À QUALIDADE E SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA MATERNA.....748

Capítulo 92

DEPRESSÃO PÓS-PARTO E O PAPEL DA ENFERMAGEM.....753

Capítulo 93

NEGLIGÊNCIA EM SAÚDE E FALTA DE INFRAESTRUTURA NO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL.....759

Capítulo 94

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA VIDA DAS PUÉRPERAS COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....768

Capítulo 95

QUEBRANDO TABÚ: AMAMENTAÇÃO APÓS CÂNCER DE MAMA COM MASTECTOMIA UNILATERAL.....779

Capítulo 96

USO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS POR MULHERES NULÍPARAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....785

Capítulo 97

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE AS DISFUNÇÕES SEXUAIS COM O PROCESSO HISTÓRICO SOCIAL.....793

Capítulo 98

ANÁLISE QUANTITATIVA DA REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIAS POR MULHERES NAS REGIÕES BRASILEIRAS ENTRE 2015 E 2019.....804

Capítulo 99

LESÕES BUCOMAXILOFACIAIS COMO MARCADORES DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....812

Capítulo 100

A IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL NA RESSIGNIFICAÇÃO DA PERDA GESTACIONAL.....819

Capítulo 101

DISCUSSÃO SOBRE ABORTO PROVOCADO E RELAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL.....	826
---	-----

Capítulo 102

EPIDEMIOLOGIA DA MAMOGRAFIA, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E INDICAÇÃO CLÍNICA.....	835
--	-----

Capítulo 103

A QUESTÃO DO GÊNERO: SERÁ MESMO QUE AS MULHERES SÃO AS MAIS ATINGIDAS?.....	840
---	-----

Capítulo 104

A IMPORTÂNCIA DA REDE DE APOIO NO PUERPÉRIO FRENTE À DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	846
---	-----

Capítulo 105

DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.....	850
---------------------------------------	-----

Capítulo 106

ATUALIZAÇÃO DA PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO ASSOCIADO AO PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV).....	859
---	-----

Capítulo 107

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	866
---	-----

Capítulo 108

ANÁLISE DO IMPACTO DOS FATORES DE RISCO DE TRANSTORNOS EMOCIONAIS RELACIONADOS AO PÓS-PARTO.....	874
--	-----

Capítulo 109

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NO BRASIL DE 2009 A 2018: UMA ANÁLISE DESCRITIVA E QUANTITATIVA.....887

Capítulo 110

PREVALÊNCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL NO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE 2015 A 2019.....898

Capítulo 111

DIREITOS RESERVADOS ÀS MULHERES NO MOMENTO DO PARTO: UMA VISÃO HUMANIZADA COMO PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....906

Capítulo 112

USO DE AAS NA PREVENÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPSIA.....913

Capítulo 113

MORTALIDADE POR HEMORRAGIA PÓS-PARTO NO BRASIL ENTRE 2008-2018: POSSÍVEIS FATORES RELACIONADOS.....919

Capítulo 114

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A AUTONOMIA DA GESTANTE NO BRASIL.....927

1

ASPECTOS GERAIS E ATUALIDADES SOBRE A ENDOMETRIOSE

FILIAÇÃO

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC, Brasília, DF.

² Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, Anápolis, GO.

³ Médico Ginecologista e Obstetra do Hospital Regional do Gama - HRG e do Hospital Maria Auxiliadora, Brasília, DF.

AUTORES

ÁDRYA NATÁLYA CHAVES RIBEIRO DA SILVA¹

DAVID RICARDO BERNAL LIMA HERNANDEZ¹

MANOEL VANDERLEI DOS SANTOS³

MANUELLE QUIXABEIRA FREIRE²

PEDRO HENRIQUE ALVES MIRANDA¹

Palavras-chave: Endometriose; Dor Pélvica.

INTRODUÇÃO

A endometriose é um distúrbio inflamatório muito recorrente no aparelho reprodutor feminino no qual o tecido endometrial se localiza fora do útero. A origem desse endométrio ectópico ainda não é amplamente conhecida e há diversas teorias nas quais tentam explicar a sua causa. Contudo, nenhuma conseguiu abranger todas as características e formas clínicas da doença (WANG *et al.*, 2019). Além disso, estudos demonstram diversos fatores que estão associados tanto ao seu surgimento quanto ao seu impacto na infertilidade, sendo eles: distúrbios imunológicos, genéticos, endócrinos e bioquímicos. Assim, os fatores de risco mais elevados são etnia asiática, baixo índice corporal, alterações genéticas específicas, exposição ao estrogênio de forma prolongada e obstrução da saída uterina (LEE *et al.*, 2019).

Essa patologia se apresenta em três classificações, de acordo com a histopatologia e as localizações anatômicas. A endometriose superficial se manifesta ou na superfície ou no tecido subseroso do peritônio. A Endometriose Infiltrativa Profunda (DIE) apresenta lesões que se estendem profundamente na camada muscular do intestino, da parede da bexiga, do diafragma ou de outros órgãos. Dessa forma, apresenta sintomas clínicos graves como dor e anormalidade do sistema gastrointestinal e do trato urológico. O último subtipo são os cistos endometrióticos ovarianos, localizados no ovário e associados a infertilidade, apresentando um alto risco para câncer no ovário (WANG *et al.*, 2019).

Dessa forma, o objetivo do estudo em questão é compreender os aspectos gerais da endometriose, como a epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento, assim como sua atualidade.

MÉTODO

O capítulo foi construído a partir das bases de dados "PubMed", "MEDLINE" e "SciELO". Os descritores utilizados para a busca foram "*endometriosis*" e "*pelvic pain*", de acordo com o MeSH e DeCS. Os critérios de inclusão foram publicações, entre 2015 e 2020, de 987 artigos, foram selecionados 21, nacionais e internacionais, configurados como revisões sistemáticas, bibliográficas e estudos clínicos randomizados controlados. Foram excluídas apresentações em conferências, bem como opiniões de especialistas. Os autores não relatam conflito de interesse.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia e Etiologia

A endometriose é uma doença inflamatória crônica que acomete cerca de 10% das mulheres na menacme e resulta em uma perda da qualidade de vida. Entre as mulheres afetadas, cerca de 30 a 45% dos indivíduos inférteis apresentam dor pélvica (SAMIMI *et al.*, 2019).

Em relação aos fatores que elevam o risco de endometriose, estão presentes: a exposição ao dietilestilbestrol, baixo peso ao nascer e menarca precoce. No período entre a adolescência e a vida adulta, os fatores de risco incluem índice de massa corporal baixa, ciclo menstrual curto e relação cintura-quadril baixa. A interpretação de causa e consequência entre os fatores de risco para a endometriose deve ser realizada com muita cautela devido à incerteza no conhecimento do início e desenvolvimento da patologia, a etiologia multifatorial, recorrente e crônica, juntamente a incapacidade de realizar o diagnóstico sem a apresentação dos sintomas.

Fisiopatologia

O desenvolvimento da endometriose envolve a interação entre processos imunológicos, endócrinos, pró-inflamatórios e pró-angiogênicos. As origens do tecido endometrial são várias, e derivam principalmente da menstruação retrógrada, metaplasia celômica e metástase vascular e linfática. A menstruação retrógrada é uma condição que se refere ao refluxo menstrual de restos contendo células endometriais aos tubos de falópio, afetando também a cavidade peritoneal. A relação entre menstruação retrógrada e a endometriose é sustentada por estudos que demonstram a associação de fatores de risco como ciclo menstrual curto e fluxo menstrual obstruído, assim como estudos celulares que rastreiam a origem de mutações genéticas somáticas observadas em lesões endometriais. A metaplasia celômica, que é a transformação do mesotélio peritoneal em glândulas endometriais, foi sugerida em mulheres com defeitos no ducto mülleriano. A metástase linfática e vascular, que ocorre por meio do transporte das células endometriais por meio dos vasos sanguíneos e linfáticos, foi proposta como uma origem de endometriose extrapélvica (ZONDERVAN *et al.*, 2020).

Considerando que a menstruação retrógrada é comum, outros fatores devem determinar a capacidade das células endometriais de se aderirem a outras superfícies, multiplicar-se e desenvolver lesões endometriais. O estroma endometrial uterino e outras células progenitoras são um exemplo importante, estando presentes no endométrio eutópico, e caso haja migração por meio da menstruação retrógrada, essas células atuam diretamente no desenvolvimento de lesões endometriais. Outro aspecto relevante é a capacidade de aderência alterada das células tronco endometriais presentes em mulheres com endometriose, devido a mecanismos relacionados à atuação das integrinas em conjunto com a resposta inflamatória local gerada pela endometriose, o que favorece a adesão celular a estes locais (SZAMATOWICZ *et al.*, 2020).

O estradiol é necessário para a proliferação dos depósitos de tecido endometrial, e é fornecido por hormônios sistêmicos e também por ação local pelo aumento da expressão de aromatase e proteína aguda regulatória esteroideogênica e redução da expressão de 17 β -hidroxiesteroide desidrogenase 2 por lesões endometriais. Além disso, as lesões são caracterizadas por uma elevada expressão do receptor de estrogênio β , demonstrado em estudos realizados com ratos, nos quais promoviam a lesão pela inibição do fator de necrose tumoral α (TNF- α) ao induzir apoptose, aumento dos níveis de interleucinas 1- β , intensificando a adesão celular e a proliferação, elevando a transição epitelial-mesenquimal. A supressão do receptor B no endométrio ectópico e eutópico, que está elevada no estroma endometrial ectópico por metilação diferencial epigenética de *PR-B*, *HOX* e *GATA*, família de genes transcritores de fatores, gera como consequência uma alteração na sinalização da progesterona, inibindo assim o crescimento de células epiteliais dependentes de estrógeno e desregulando a decidualização do endométrio, processo no qual envolve o preparo do endométrio uterino para a gravidez (ZONDERVAN *et al.*, 2020).

O tecido endometrial induz uma resposta inflamatória que envolve macrófagos, monócitos, neutrófilos, células T, eosinófilos atraídos por citocinas e quimiocinas produzidas pelo endométrio ectópico. Em relação ao sistema imune inato, a resposta dos neutrófilos é mediada pela expressão da interleucina-8 e a proteína quimiotática de monócitos 1 (CCL2) pelas células do estroma endometrial uterino. Células-T, monócitos e eosinófilos são atraídos pela produção de CCL5 e CCL2 em lesões ectópicas e no fluido peritoneal de mulheres com endometriose. Macrófagos encontrados no fluido peritoneal apresentam redução de capacidade fagocítica e aumento da ativação de citocinas pró-inflamatórias (TNF- α , interleucina-1 β e interleucina-6) e fatores angiogênicos (fator de crescimento endotelial vascular). Em relação ao papel do sistema imune adaptativo na endometriose, no que diz respeito às células T e células B ainda está pouco esclarecido, tendo sido encontrado concentrações elevadas de linfócitos Th17 no fluido peritoneal de mulheres com endometriose, o que poderia explicar a promoção da inflamação crônica (ZONDERVAN *et al.*, 2020).

Classificação

A American Fertility Society (AFS), em 1979, propôs a classificação da endometriose em mínima, moderada, severa ou extensa e criou um sistema de pontuação que avalia a extensão da doença de forma bidimensional e a presença de aderências em locais como peritônio; ovários e tubas; a bilateralidade da doença; a pontuação com pesos diferentes do tamanho do endometrioma ovariano e a presença de aderências pélvicas finas ou densas. As vantagens desse sistema se dá pela facilidade de aplicação, clareza de comunicação e a descrição pormenorizada da pelve. Todavia, essa classificação apresenta problemas quanto à baixa correlação com o prognóstico em relação à

fertilidade, além de não determinar com exatidão os achados cirúrgicos e a presença dos sintomas algícos. Em 1996, a American Society for Reproductive Medicine complementou a classificação da AFS sem alterar a pontuação ao acrescentar: Diferenciação das cores das lesões superficiais (vermelha, branca ou preta); Documentação das lesões por fotografias coloridas; Descrição da área da superfície envolvida pela doença; Confirmação histológica do endometrioma ovariano ou pela presença de alguns dos fatores: diâmetro do cisto menor que 12 cm; aderências ao ligamento largo ou parede pélvica; presença de lesões de endometriose na superfície ovariana e presença de líquido achocolatado intracístico (PODGAEC, *et al.*, 2015).

Outra forma de classificação é aquela baseada nos aspectos morfológicos macroscópicos, e consiste na descrição da endometriose em relação às características morfológicas presentes nas lesões. Nesta classificação a endometriose pélvica possui três categorias: (1) Endometriose peritoneal tem como principal característica a presença de focos de tecido endometriótico sobre o peritônio de forma superficial. Focos estes que podem possuir diversas características dependendo do momento da evolução da doença; (2) Endometriomas ovarianos são cistos de conteúdo achocolatado, geralmente achados, associados a aderências com o peritônio posterior e/ou ligamento largo, podendo ser bilaterais, mas, ocorrendo com mais frequência no ovário esquerdo, entretanto ainda não há um consenso sobre a formação do endometrioma; (3) Endometriose profunda: presença de implantes de tecido endometriótico com profundidade maior do que 5 mm, sendo lesões ricas em fibrose e hiperplasia muscular abaixo de peritônio. Apresenta-se como multifocal e envolve em ordem decrescente de frequência os ligamentos uterossacos, cólon descendente e reto, septo retovaginal, vagina, bexiga e ureteres.

Ressalta-se que em grande parte das pacientes há concomitância das lesões, logo, a presença de lesões superficiais e profundas. Pela superposição de lesões na mesma paciente muitas vezes torna-se difícil interpretar os achados de uma paciente em relação ao seu prognóstico terapêutico, por isso na identificação a laparoscopia apresenta-se como padrão-ouro.

Quadro Clínico

O quadro clínico da endometriose possui manifestação heterogênea e assim, não há sintomas patognomônicos que identificam a doença (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019), uma vez que varia desde pacientes assintomáticas (3 a 22%) a pacientes com Dor Pélvica Crônica (DPC) e/ou infertilidade.

A DPC é o sintoma mais comum entre as mulheres sintomáticas (56,6%) e sua origem pode ser tanto de natureza inflamatória quanto de natureza neuropática, quando há um potencial de sensibilização do sistema nervoso central (ZONDERVAN *et al.*, 2020).

O segundo sintoma que se manifesta mais frequentemente entre as mulheres é a infertilidade. Estudos demonstram que cerca de 30% a 50% de mulheres com endometriose são inférteis e 25% a 50% das mulheres inférteis têm endometriose (LEE *et al.*, 2019).

Ademais, geralmente, as mulheres também podem apresentar várias queixas clínicas associadas a sintomas urinários e gastrointestinais como disúria, urgência, diarreia, constipação, dismenorreia, dispareunia profunda, disúria e disquezia.

Diagnóstico

A endometriose é caracterizada por seis grupos de sintomas a serem investigados: (1) Dismenorreia, que limita a qualidade de vida, podendo ser primária ou secundária, progressiva ou

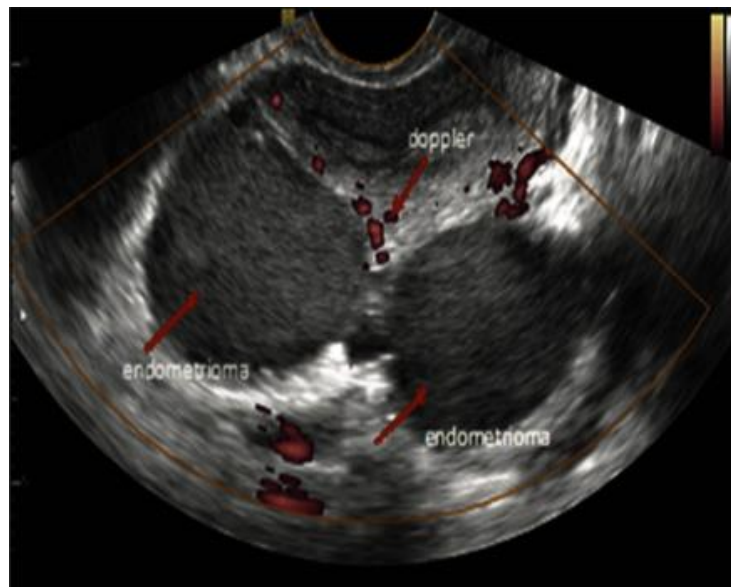
não, (2) Dor pélvica crônica não cíclica, (3) Sintomas urinários no período menstrual, como polaciúria, urgência miccional, hematúria e infecções de trato urinário baixo, (4) Sintomas intestinais durante o período menstrual, como tenesmo, constipação, disquezia e diarreia, (5) Infertilidade primária e (6) Dispareunia.

A anamnese ginecológica deve investigar qualidade de vida da paciente, como: necessidade de faltar trabalho ou evento social na vigência da dor, uso corriqueiro de medicações analgésicas e necessidade de ir à emergência.

No exame ginecológico deve-se procurar pontos dolorosos abdominais e pélvicos, bem como realizar o exame neurológico dos nervos pélvicos que podem ser acometidos pela endometriose profunda. É importante a observação de contratura do assoalho pélvico associada, síndrome miofascial e pontos de gatilho, e, para isso, o exame de palpação abdominal e sinal de Carnet (pressão de ponto doloroso com irritação após dorsoflexão do tronco). Ao toque vaginal pode-se perceber massas na região retovaginal ou retrocervical, espessamento em uterossacos, bloqueio de fundo de saco, mobilidade uterina e dor à palpação de musculatura do assoalho. Avaliar o reto é importante para checar presença de massas ou acometimento retal.

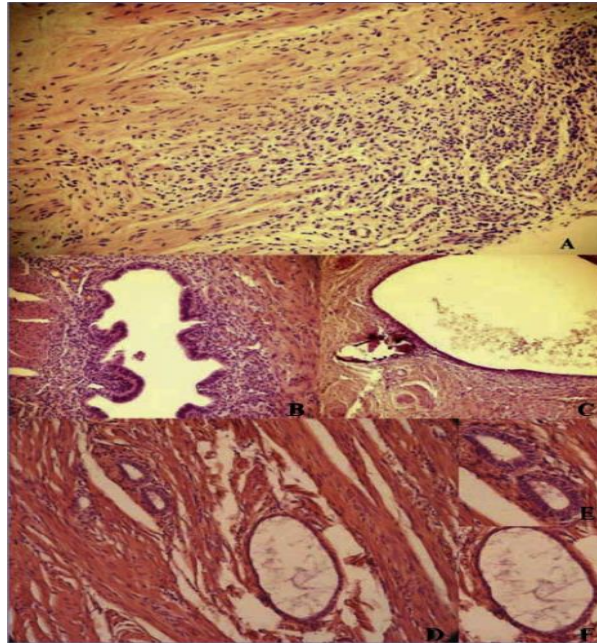
O exame diagnóstico de imagem principal é a Ultrassonografia Transvaginal (USTV) (Figura 1) (ANDRES *et al.*, 2019), pelo baixo custo, facilidade de acesso e alta acurácia. Para realizá-lo, a paciente deve fazer um preparo intestinal, para reduzir a ocorrência de artefatos de imagem decorrentes da presença de gases e fezes no reto. O diagnóstico da endometriose pode ser feito por histopatologia (Figura 2), porém a ausência de confirmação histológica não exclui endometriose, visto que a evidência científica não é clara quanto ao diagnóstico histológico apenas por laparoscopia.

Figura 1. Formações císticas retrouterinas de aspecto flocoso fino, sem vascularização interna no Doppler colorido



Fonte: OLIVEIRA *et al.*, 2019.

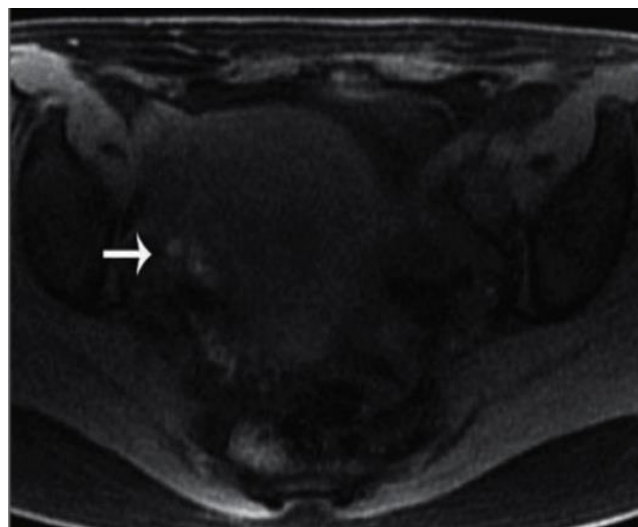
Figura 2. Fotomicrografias mostrando o padrão histológico de endometriose



Legenda: A: Estromal caracterizado pela presença de estroma semelhante ao endométrio típico em qualquer fase do ciclo. 400X, HE; B: Endometriose glandular bem diferenciada com células epiteliais ectópicas de morfologia indistinguível dos correspondentes típicos em diferentes fases do ciclo. 400X, HE; C: Endometriose indiferenciada mostrando epitélio cuboidal baixo sem correspondente endometrial típico, assemelhando-se ao mesotélio do revestimento peritoneal. 200x, HE; D: Endometriose mista mostrando no mesmo corte padrões diferenciados; E: e indiferenciados; F: 200X, HE. **Fonte:** KAMERGORODSKY *et al.*, 2019.

A Ressonância Magnética (RM) utilizada como um método diagnóstico não invasivo (Figura 3), que objetiva o descarte de diagnósticos diferenciais, avalia endometriose profunda e é o exame de escolha para endometriomas.

Figura 3. Foco de endometriose ovariana, em imagem de RM 1,5 T, plano axial, ponderada em T1 fat-sat demonstrando foco de hipersinal no ovário direito



Fonte: MINAIF *et al.*, 2008.

Tratamentos

A causa da endometriose não está totalmente esclarecida, por isso, não existe tratamento específico para ela. Por isso, a terapia visa à melhora da dor e à terapia medicamentosa e cirúrgica da infertilidade (GREENE *et al.*, 2016). É de grande importância considerar os sintomas e preferências da paciente, o desejo de engravidar, o perfil de efeitos colaterais, a idade, bem como a extensão e localização da doença, o tratamento anterior e os custos, a fim de prescrever a terapia mais adequada.

O tratamento será de acordo com diagnóstico da classificação da endometriose, as quais possuem três (3) modalidades disponíveis: 1. tratamento médico; 2. tratamento cirúrgico; 3. reprodução medicamente assistida (SZAMATOWICZ & HERMANOWICZ, 2020.).

1. Tratamento Médico

A hormônio terapia (HT), que se baseia na redução dos ciclos menstruais, é concentrada na supressão sistêmica ou local do estrogênio, pela anulação do crescimento folicular, na inibição da proliferação e inflamação do tecido, ou em ambas. Para atingir este objetivo, os Anticoncepcionais Combinados Orais (OCC) desempenham o papel de primeira linha na dismenorreia e dor pélvica (ANDRES *et al.*, 2019), embora sua aplicação tenha certos efeitos negativos, por isso pode-se utilizar progestógenos isolados ou anti-progestógenos como alternativa aos OCC.

Os agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) são tratamentos de segunda linha e servem para mulheres que não respondem aos progestágenos ou têm recorrência dos sintomas após a melhora inicial (CECCHINO & GARCÍA-VELASCO, 2018). O GnRH inativa as lesões pélvicas e resolve a dor, no entanto, o seu uso sozinho resulta em muitos sintomas de deficiência de estrogênio, como ondas de calor, insônia, secura vaginal, perda da libido e da Densidade Mineral Óssea (DMO). Por este motivo, os agonistas de GnRH não devem ser usados na ausência de adição de HT.

O tratamento da dor pode exigir pelo menos um ciclo para iniciar o alívio. Por exemplo, a terapia com agonista GnRH iniciada na fase lútea ou durante a menstruação não prevenirá a dismenorreia e pode até acentuar a dor por causa do efeito de exacerbação inicial no primeiro ciclo. Portanto, realizar analgesia com anti-inflamatórios não esteroides é apropriado.

Existem compostos farmacológicos promissores à intervenção da endometriose, como o Escambil, que tem como alvo vários processos relacionados à patogênese da endometriose, o Danazol, que é um androgênio oral fraco, capaz de suprimir a secreção de gonadotrofina e induzir amenorreia, e o Levonorgestrel, uma potente progestina que possui efeitos antiestrogênicos potentes no endométrio. As doses para estas medicações irão variar de acordo com o grau da endometriose. Quando houver desejo de engravidar, a medicação necessita ser interrompida e dar um prazo de seis meses para gravidez espontânea. Se não houver, deve-se investigar o casal e proceder possivelmente para laparoscopia ou reprodução medicamente assistida.

Os inibidores ácidos graxos, Ômega-3, tiazolidinedionas, extratos naturais e vitaminas, acupuntura, estatinas, fatores antiangiogênicos e agonista de canabinoide são indicadas para controle da dismenorreia, dispareunia e DPC, como tratamentos alternativos.

2. Tratamento Cirúrgico

A cirurgia se faz necessária em casos de endometriose refratária ao tratamento clínico, lesões obstrutivas ou progressão das aderências, bem como para tratamento da infertilidade. O tratamento cirúrgico é baseado principalmente na laparoscopia (Figura 4), que é realizada através de pequenas incisões na parede abdominal, por onde são introduzidos os materiais utilizados durante o procedimento e visa remover as áreas de endometriose, restaurando a anatomia e preservando a função orgânica. Para alcançar estes objetivos é importante um diagnóstico pré-operatório preciso, para que as equipes multidisciplinares possam atuar.

Figura 4. Lesão de endometriose do ligamento sacrouterino em laparoscopia de luz branca e com imagem de infravermelho próximo e verde de indocianina



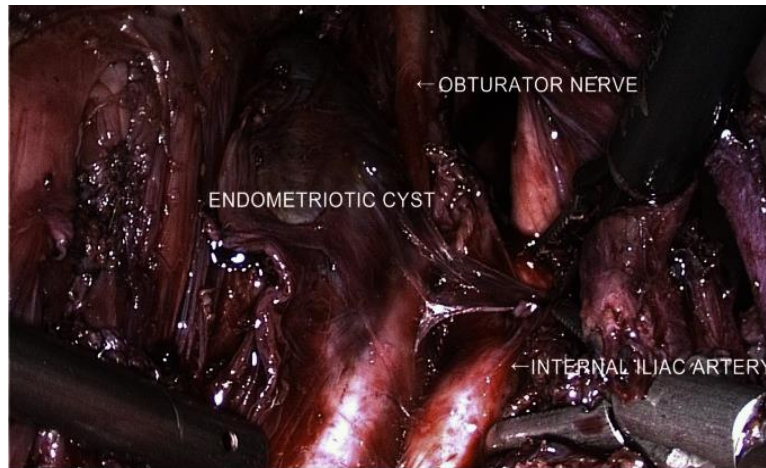
Fonte: SIEGENTHALER *et al.*, 2020.

Para as três classificações de endometriose existem várias opções cirúrgicas disponíveis, que serão utilizadas de acordo com o diagnóstico clínico e perspectivas da paciente sobre fertilidade. As técnicas disponíveis consistem em coagulação ou vaporização de lesões visíveis, excisão de nódulos endometrióticos e excisão de aderências. Para tratamento de endometriose superficial, podem ser feitas ablação ou excisão, já para endometriose profunda, apenas excisão das lesões terá benefícios em termos de alívio da dor.

O manejo cirúrgico em caso de endometriomas ovarianos (Figura 5) deve ser conservador para minimizar os danos aos ovários de pacientes que ainda desejam engravidar, uma vez que técnicas invasivas, como a cauterização elétrica, podem lesar o tecido ovariano e a estrutura vascular, induzindo ao comprometimento isquêmico em longo prazo e gerando possível infertilidade, por isso, os cirurgiões devem minimizar os danos térmicos causados pela cauterização bipolar. Ademais, ao realizar uma laparoscopia, procedimentos de preservação de tecidos devem ser implementados para proteger a reserva folicular do córtex ovariano.

A cirurgia robótica é uma evolução da laparoscopia, haja vista que ela permite mais precisão nos movimentos do cirurgião e, portanto, menos dor pós-operatória, menor tempo de internação e menor perda de sangue em geral.

Figura 5. Endometrioma em ovário esquerdo



Fonte: YANCHUN *et al.*, 2019.

3. Reprodução Medicamente Assistida

A presença de endometriose foi associada com menor número de oócitos, menores taxas de implantação e menores taxas de gestação. Dessa forma, procedimentos como Inseminação Intrauterina (IUI), que envolve a transferência de sêmen lavado e concentrado diretamente no útero por meio de um cateter fino e a Fertilização *in Vitro* (FIV), a qual consiste em implantar um embrião já fecundado no útero (FEBRASGO, 2017), são práticas realizadas em pacientes com endometriose, que desejam engravidar e não tiveram sucesso com o procedimento cirúrgico laparoscópico.

A IUI não é possível em endometriose moderada e grave devido a preocupações com adesão pélvica e função tubária diminuída. Nestes casos, a FIV deve ser considerada.

O tratamento cirúrgico e subsequente IUI devem ser realizados em casos de endometrioses mínimas a leves, pois em mulheres com endometriose moderada a grave, o tratamento cirúrgico pode reduzir a reserva ovariana e afetar adversamente os resultados de FIV subsequentes.

O tratamento clínico da paciente sintomática não é curativo, sendo utilizado para controle de sintomas, assim como prevenção do aumento da doença. Como foi mostrado acima, a maioria das formas atualmente disponíveis de tratamento médico da endometriose são supressivas, não curativas e, portanto, há uma necessidade permanente de novos desenvolvimentos neste campo. Além disso, apesar dos tratamentos disponíveis atualmente, cerca de 50% das mulheres com endometriose apresentam sintomas recorrentes por um período de cinco anos, independentemente da abordagem terapêutica.

Fatores Associados

Infertilidade

A infertilidade é considerada um dos principais sintomas de endometriose e seu mecanismo causador permanece indefinido. Teorias baseiam-se em na alteração da função do tubo ovariano, transporte de gametas, receptividade do endométrio e efeitos inflamatórios com a presença de fluido peritoneal afetando a qualidade e função do esperma. Dentre vários fatores que podem causar

infertilidade em mulheres em idade fértil destaca-se a endometriose e suas consequências. A prevalência neste público é aproximadamente 10% da população em geral. A associação entre endometriose e infertilidade tem como causa direta na incapacidade de casais terem filhos é de cerca de 25-40% dos casos, e estima-se que 30-50% das mulheres com endometriose terão dificuldade de engravidar. Apesar dessa já conhecida relação entre endometriose e infertilidade, o mecanismo acurado do porquê isso ocorre ainda permanece inexato (HODGSON *et al.*, 2020).

Aproximadamente 50% das mulheres que recebem como diagnóstico a endometriose por evidência cirúrgica subconsequentemente falham na concepção da gestação de forma espontânea. Além disso, tratamento cirúrgico para endometriose, particularmente a remoção de endometriomas é crucial para a reserva ovariana. A preservação da fertilidade deve ser considerada quando a mulher em idade fértil for diagnosticada com endometriose acrescido ao risco de progressão da doença, o comprometimento da fertilidade ou a necessidade de intervenção cirúrgica. A ressecção cirúrgica está relacionada diretamente com a redução da reserva folicular ovariana, com isso, é crucial minimizar o máximo possível os danos aos tecidos saudáveis (BARNETT *et al.*, 2017).

A probabilidade da mulher ser avaliada e diagnosticada está diretamente ligada ao acesso à radiologistas e cirurgiões experientes e capacitados, assim como um melhor tratamento e prognóstico, sendo inclusive fator crucial na desigualdade da saúde (GHIASI *et al.*, 2019).

Depressão

A endometriose por ser uma condição crônica, com consequências e manifestações clínicas importantes na vida da mulher afetada, como dor crônica e sub infertilidade, as quais influenciam diretamente na saúde física e mental juntamente ao relacionamento social. A dor crônica pélvica é um dos sintomas mais comuns e determina uma menor qualidade de vida assim como um aumento de custos ao serviço público de saúde, gastos pessoais com a doença e diminuição de produtividade da mulher. Os sintomas depressivos são também comuns, estima-se que 11-15% das pessoas ao redor do mundo poderão sofrer com sintomas depressivos em qualquer período de sua vida. A depressão é significamente mais comum entre mulheres e entre indivíduos com dor crônica. Mulheres com endometriose têm sintomas depressivos aumentados comparado às mulheres sem endometriose. A queixa de dor é o maior determinante de sintomas depressivos entre mulheres com endometriose. Por isso, a associação de endometriose e dor pélvica aumentam ainda mais os sintomas quando comparado a mulheres com endometriose mas sem presença de dor (GAMBADAURO *et al.*, 2018).

A relevante associação entre endometriose e depressão não se limita aos efeitos negativos no bem estar e na qualidade de vida da mulher. A depressão esconde ou complica algumas possíveis estratégias de tratamento, e está relacionada com o aumento de perda de saúde e dos custos do sistema de saúde para pacientes com endometriose. O diagnóstico psiquiátrico tradicional é baseado de forma pragmática em categorizações que falham na busca da dimensão natural da depressão e a relevância de sintomas subdiagnosticados. Além disso, achados inconsistentes podem estar relacionados com as apresentações clínicas heterogêneas da endometriose, por isso deveria-se incrementar o entendimento de ocorrências fragmentadas direcionando assim melhor o diagnóstico (LAGANÀ *et al.*, 2017).

Pacientes que utilizam estratégias positivas de enfrentamento da doença podem ter menos estresse e depressão. Isto pode ser devido ao fato de que a depressão e o estresse em níveis de maior gravidade tendem a aumentar a vulnerabilidade emocional (DONATTI *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

A endometriose é uma doença multifatorial e complexa. Embora a cada ano cerca de 300 novos artigos científicos sejam publicados, a fisiopatologia e a prática clínica atual não são totalmente esclarecidas e carecem de estudos. Além disso, a clínica da patologia em questão é bastante heterogênea, contendo casos assintomáticos e sintomáticos. Entre os sintomáticos, há uma alta probabilidade das mulheres apresentarem infertilidade ou dor pélvica, porém não são patognomônicos e sua exclusão não exclui a possibilidade da doença. Dessa forma, há uma dificuldade tanto no diagnóstico da endometriose quanto na necessidade de contemplar uma classificação que abrange todos os variados tipos, fatores diagnósticos, terapêuticos e prognósticos.

O tratamento necessita de mais pesquisas e não há uma abordagem legitimada entre os médicos. Atualmente, as práticas mais comuns consistem em laparoscopia nos casos mais graves com dores mais intensas ou infertilidade e a terapia conservadora, sobretudo os tratamentos hormonais em casos considerados mais brandos. Diante disso, a conduta terapêutica será conduzida de acordo com as necessidades da paciente.

Além disso, são várias as consequências que a endometriose pode acarretar na vida da mulher, como piora na qualidade de vida, alterando o bem estar físico, mental, social e sexual. Assim, o impacto que essa enfermidade ocasiona nas pacientes e nas suas famílias é altamente negativo. Dessa maneira, há de se melhorar tanto a conscientização pública quanto a profissional, já que é uma doença de elevada incidência e com efeitos maléficos. A informação sobre a existência da endometriose, assim como seus sintomas e tratamentos, pode auxiliar a mulher a compreender melhor as futuras barreiras as portadoras da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRES, M.P. *et al.* O tratamento hormonal como terapia de primeira linha é seguro e melhora a dor pélvica em mulheres com endometriose intestinal. Einstein (São Paulo), v. 17, eAO4583, 2019.
- BARNETT, R. *et al.* Endometriosis and Fertility Preservation. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 60, p. 517, 2017.
- CECCHINO, G.N. & GARCÍA-VELASCO, J.A. Endometrioma, fertility, and assisted reproductive treatments: connecting the dots. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, v. 30, p. 223, 2018.
- CONCEIÇÃO, H.N. *et al.* Endometriose: aspectos diagnósticos e terapêuticos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, e472, 2019
- DONATTI, L. Pacientes com endometriose que utilizam estratégias positivas de enfrentamento apresentam menos depressão, estresse e dor pélvica Einstein, v. 15, p. 65, 2017
- ENDOMETRIOSE E FIV. FEBRASGO, 2017. Disponível em: <<https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/126-endometriose-e-fiv>>. Acesso em: 8 de nov. 2020.
- GAMBADAURO, P. *et al.* Depressive symptoms among women with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 220, p. 230, 2018.
- GHIASI, M. *et al.* Is endometriosis more common and more severe than it was 30 years ago? *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2019.
- GREENE, A.D. *et al.* Endometriosis: where are we and where are we going? *Reproduction*, v. 152, p. 63, 2016.
- HODGSON, R.M. *et al.* Interventions for endometriosis-related infertility: a systematic review and network meta-analysis *Fertility and Sterility*, v. 113, 374-382.e2, 2020
- KAMERGORODSKY *et al.*, 2019. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(11):568-74
- LAGANÀ, A.S. *et al.* Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges *International Journal of Women's Health*, v. 9, p. 323, 2017.
- LEE, D. *et al.* Management of endometriosis-related infertility: Considerations and treatment options. *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*, v. 47, p. 1, 2020.
- MINAIF, K. *et al.* Endometriose pélvica: comparação entre imagens por ressonância magnética de baixo campo (0,2 T) e alto campo (1,5 T). *Radiologia Brasileira*, v. 41, p. 367, 2008.
- OLIVEIRA, J.G.A. *et al.* Ultrassonografia transvaginal na endometriose profunda: ensaio iconográfico. *Radiologia Brasileira*, v. 52, p. 337, 2019.
- PODGAEC, S. *et al.* Manual de endometriose: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.
- SAMIMI, M. *et al.* The role of inflammation, oxidative stress, angiogenesis, and apoptosis in the pathophysiology of endometriosis: Basic science and new insights based on gene expression. *Journal of cellular physiology*, v. 234, p. 19384, 2019.
- SIEGENTHALER, F. *et al.* Visualization of endometriosis with laparoscopy and near-infrared optics with indocyanine green. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 99, p. 591, 2020.
- SZAMATOWICZ, M. & HERMANOWICZ, K. Endometriosis – a decade later – still an enigmatic disease. What is the new in the diagnosis and treatment? *Gynecological Endocrinology*, v. 36, p. 104, 2020.
- WANG, Y. *et al.* The Origin and Pathogenesis of Endometriosis. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*, v. 15, p. 71, 2019.
- YANCHUN, L. *et al.* Removal of an endometrioma passing through the left greater sciatic foramen using a concomitant laparoscopic and transgluteal approach: case report. *BMC Women's Health* v. 19, p. 95, 2019.
- ZONDERVAN, K.T. *et al.* Endometriosis. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 4, p. 9, 2018

2

RASTREIO DO CÂNCER DE MAMA

FILIAÇÃO

¹ Discentes do 6º período de Medicina da Faculdade FAMINAS-BH, Belo Horizonte, MG.

² Discente do 6º período de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

³ Discente do 9º período de Medicina da Faculdade FAMINAS-BH, Belo Horizonte.

AUTORES

ALICE CAMPOS PENA¹

BRUNA CAÑADO BELTRÃO SANTOS²

ANA JULIA MACEDO LEMBRANCE¹

ALINE GARCIA FELIZARI¹

FLÁVIA CARVALHO PAIVA¹

SOPHIA MARIA ROCHA CAMPOS¹

GUSTAVO HENRIQUE SILVA SIDRIM³

Palavras-chave: Medicina; Rastreo; Câncer de mama.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente na população feminina brasileira e mundial, atrás apenas dos cânceres de pele não melanoma, e representa a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres, com 13,84 óbitos por 100 mil mulheres, segundo dados de 2018 do Instituto Nacional do Câncer (INCA). A mortalidade relacionada a essa enfermidade é variável nas diferentes regiões do mundo, apresentando maiores índices nos países desenvolvidos. No Brasil, as Regiões Sul e Sudeste são as que apresentam as maiores taxas de incidência e mortalidade relacionadas a esta causa.

Além disso, cabe ressaltar que a mortalidade por câncer de mama apresenta uma curva ascendente. Os números estimados para o ano de 2020 são de 66.280 casos novos de câncer de mama no Brasil, representando uma incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres, segundo os dados publicados em julho de 2020 pelo Ministério da Saúde (MS).

O objetivo desse estudo é explicitar o impacto da implantação do rastreo do câncer de mama no Brasil, esclarecendo os critérios e as indicações para tal na população de risco padrão. Somado a isso, abordar a evolução dos marcadores genéticos no rastreo dos grupos de risco para câncer de mama, evidenciando as divergências do processo de rastreo desses grupos, quando comparado ao recomendado pelo protocolo da população de risco habitual.

MÉTODO

Para a realização desse estudo foram feitas pesquisas baseadas na leitura de materiais como artigos científicos e publicações do Ministério da Saúde e da Associação Médica Brasileira (AMB). Foram levados em consideração os dados contidos nas Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil e nas publicações do INCA, ambas do Ministério da Saúde. Além disso, foram utilizadas, de forma complementar, as informações presentes no estudo BRCA1 e BRCA2 em câncer de mama, da AMB.

Adicionalmente, foi realizada revisão bibliográfica na base de dados SciELO, por meio da utilização das palavras-chave “mamografia” e “rastreamento”, encontrando um total de quinze artigos dos quais foram avaliados e selecionados os quatro que mais se destacavam para a construção do trabalho. Na base de dados PubMed foram utilizadas as palavras-chave “breast cancer”, “screening”, “mortality”, “fatality” e “mammography”, encontrando um total de 83 artigos. Foi utilizado um filtro para selecionar os artigos na língua inglesa ou portuguesa, com data de publicação posterior ao ano 2000, e que eram disponíveis gratuitamente. Sendo assim, foram encontrados 21 artigos e dois deles foram selecionados para a confecção do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Levando em consideração a magnitude e a prevalência do câncer de mama no Brasil, ações e políticas públicas foram criadas visando ao controle da doença em questão, com o objetivo de reduzir o número de novos casos e sua consequente taxa de mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida das mulheres com esse diagnóstico. Nesse sentido, a incorporação do rastreamento do câncer de mama na assistência às mulheres é essencial, uma vez que existem evidências conclusivas de que tal medida é capaz de reduzir a mortalidade por essa enfermidade.

O rastreamento consiste na realização de exames ou testes em pessoas *a priori* saudáveis, com o objetivo de detectar doenças em fase pré-clínica, ainda nas formas assintomáticas. Dessa maneira, aumentam-se as chances de um melhor prognóstico e ampliam-se as possibilidades de tratamentos mais conservadores. No Brasil, o rastreamento do câncer de mama deve ser feito de acordo com as Diretrizes do Ministério da Saúde, adaptando-as, quando necessário, segundo o julgamento do médico, que deve levar em consideração todas as variáveis da história clínica do paciente.

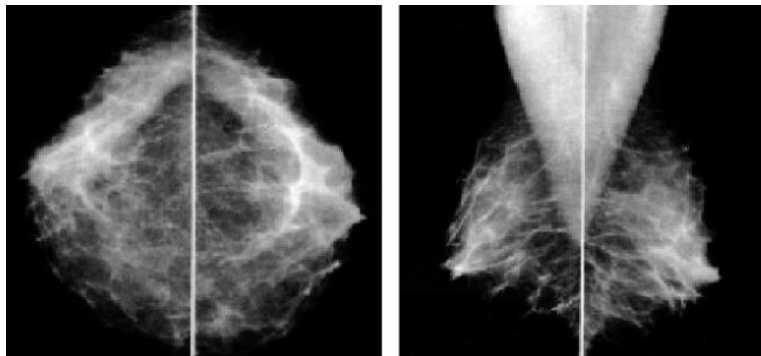
Seguindo as Diretrizes supracitadas, o rastreamento na população de risco habitual deve ser feito por meio de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, com periodicidade bienal. A recomendação de realização do exame com essa periodicidade e nessa faixa etária é baseada no balanço favorável entre riscos e possíveis benefícios do rastreamento (em outras faixas etárias e periodicidades esse balanço é negativo), além das evidências científicas da redução da mortalidade quando o rastreamento é realizado nessas condições.

A mamografia no Brasil é o único exame usado para rastreamento que apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade por câncer de mama. Logo, o exame clínico e o autoexame das mamas, apesar de possuírem extrema importância, não são recomendados pelo MS como método de rastreamento, assim como a ultrassonografia e a ressonância nuclear magnética.

Após a realização do exame mamográfico, o resultado será categorizado de acordo com a classificação de BI-RADS, que varia de BI-RADS 0 a BI-RADS VI, para que se possa estabelecer a conduta mais adequada. O BI-RADS 0 representa um exame inconclusivo, que requer avaliação

complementar por outro exame de imagem para elucidação dos achados. O BI-RADS I equivale a uma mamografia normal, sem alterações a serem descritas (Figura 1), resultado que permite o seguimento padrão do rastreo da paciente de acordo com sua faixa etária. O BI-RADS II representa uma mamografia negativa para neoplasia, mas que possui achado radiológico a ser descrito (Figura 2), como lesões benignas e próteses mamárias, o que também permite o seguimento padrão de rastreamento. O BI-RADS III contempla lesões com alta probabilidade de benignidade, tendo indicação de seguimento semestral por 2 anos, inicialmente, para que, após esse período, seja possível fazer uma reclassificação da mamografia da paciente.

Figura 1. Imagem de mamografia classificada como BI-RADS I



Legenda: Mamografia sem alterações. **Fonte:** VIEIRA *et al.*, 2002.

Figura 2. Imagem de mamografia classificada como BI-RADS II

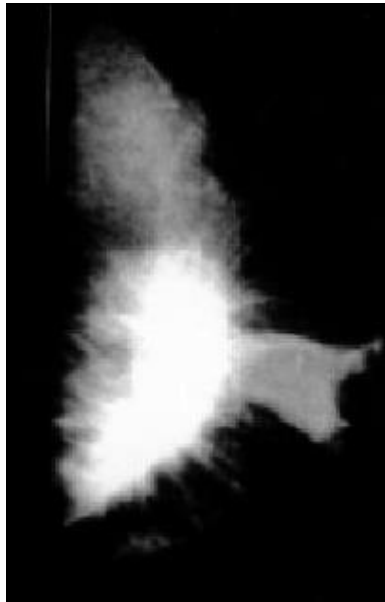


Legenda: Mamografia com nódulo de contorno regular e bem definido, com calcificações grosseiras (achado benigno). **Fonte:** VIEIRA *et al.*, 2002.

O BI-RADS IV, por sua vez, inclui lesões sem características morfológicas de neoplasia, mas que têm probabilidade de serem malignas, sendo indicado a realização de biopsia para elucidação histológica. Essa categoria pode ser subdividida, de acordo com o grau de suspeita, em A, quando se trata de baixa suspeita, B, quando a suspeita é intermediária, ou C, referente à suspeita moderada. Já o BI-RADS V apresenta alta probabilidade de malignidade (Figura 3), sendo necessária uma investigação histológica também por meio de biopsia. Por fim, o BI-RADS VI inclui lesões com diagnóstico prévio de malignidade, já elucidado por análise tecidual. Essa última categoria pode incluir pacientes com o diagnóstico, que tenham realizado retirada parcial da lesão,

radioterapia ou quimioterapia, e que estão fazendo o exame para avaliação da evolução da lesão neoplásica.

Figura 3. Imagem de mamografia classificada como BI-RADS V



Legenda: mamografia com nódulo espiculado e limites mal definidos, com retração do complexo aréolo-papilar (alta probabilidade de malignidade). **Fonte:** VIEIRA *et al.*, 2002.

A utilização da mamografia como método de rastreamento para câncer de mama no Brasil é uma política de saúde pública que visa justamente reduzir as taxas de morbimortalidade dessa doença, que constitui uma das principais causas de fatalidade na população feminina. Para confirmar tais efeitos, um estudo sueco foi realizado com o objetivo de estimar o efeito do rastreamento por meio de exames de mamografia sobre a incidência de cânceres de mama diagnosticados como avançado (medição invasiva do tumor > 20 mm e/ou com ≥ 4 linfonodos axilares metastáticos) e fatais (falecimento após 10 anos de diagnóstico) em comparação com mulheres que optaram por não realizar o acompanhamento mamográfico. Após a supervisão longitudinal dessas pacientes, foi encontrada uma redução de cerca de 40% dos cânceres fatais dentro de 10 anos após o diagnóstico e uma redução de 25% na incidência de câncer de mama avançado, quando comparados com o grupo de mulheres que não realizava a mamografia de rastreamento.

Outro estudo, também realizado na Suécia, demonstrou que o benefício para mulheres que optaram por participar de um programa de rastreamento de câncer de mama organizado por meio de mamografias de rotina também foi bastante significativo: houve uma chance 60% menor de falecimento decorrente de neoplasia mamária em até 10 anos após o diagnóstico e 47% menor dentro de 20 anos após o diagnóstico, também ao serem comparadas com dados de mulheres isentas de acompanhamento.

No Brasil, apesar de já haver um programa de rastreamento institucionalizado, estudos relacionados à redução da mortalidade desde a implementação desses métodos ainda não foram concluídos. Porém, dados de países estrangeiros demonstram o forte impacto que o rastreamento do câncer de mama apresenta para a população feminina, ressaltando a importância de se realizá-lo periodicamente para reduzir as taxas de mortalidade e proporcionar um maior número de diagnósticos precoces. Ademais, vale ressaltar que tal acompanhamento é oferecido pelo Sistema

Único de Saúde (SUS), portanto teoricamente toda a população feminina brasileira pode usufruir de tais recursos.

Evolução dos marcadores genéticos no rastreamento dos grupos de risco

Assim como a maioria das neoplasias, o câncer de mama possui fatores de risco significativos, que contribuem para que alguns pacientes se enquadrem nos grupos de risco para o desenvolvimento dessa doença. Esse processo está, frequentemente, associado à junção de fatores genéticos e ambientais, que geram condições favoráveis ao aparecimento de mutações em genes, possibilitando o desenvolvimento de neoplasias.

Porém, atualmente, sabe-se que, em alguns casos, o desenvolvimento de neoplasias malignas está fortemente associado a um padrão de hereditariedade devido à participação de fatores genéticos herdados, como a mutação de genes específicos. No caso do câncer de mama, os principais genes associados que podem apresentar mutação são: BRCA 1, BRCA 2, TP53, ATM e PTEN.

Apesar dessa forte associação, apenas 5% a 10% dos casos de câncer de mama são considerados familiares ou hereditários, sendo o BRCA1 e BRCA2 (genes supressores tumorais) os responsáveis pela grande maioria deles, segundo o MS. Vale ressaltar que a mutação destes genes não determina o aparecimento do câncer de mama, porém aumenta significativamente o risco do desenvolvimento desse tumor. É possível realizar essa afirmação pois o risco para o desenvolvimento dessa neoplasia na população feminina geral até 80 anos é de 10% e, quando se trata de mulheres com mutação em uma das cópias desses genes, o risco se eleva para 56% a 87% para desenvolvimento até 70 anos de idade. Além disso, as alterações desses genes são capazes de determinar o aparecimento de câncer em idades precoces.

Levando em consideração os fatores citados acima, é possível a realização de testes genéticos para pesquisar alterações nos genes BRCA1 e BRCA2 para que se possa ter clareza quanto ao risco do desenvolvimento do câncer de mama em alguns casos. Tal teste genético não deve ser empregado de rotina no rastreamento do câncer de mama na população de risco padrão, já que os tumores malignos hereditários são minoria, além do alto custo envolvido no processo. Sendo assim, o teste genético de BRCA1 e BRCA2 deve ser recomendado para mulheres com câncer de mama ou ovário e com história familiar de câncer de mama ou ovário em pelo menos um familiar de primeiro ou de segundo grau com mutação nos genes em questão, segundo a AMB.

Nas pacientes identificadas com mutação destes genes supressores tumorais, deve-se incluir a realização da ressonância magnética (RM) na rotina de rastreamento do câncer de mama, permitindo uma maior sensibilidade na detecção da neoplasia, mesmo na ausência de dados da redução da mortalidade com essa medida. Além disso, há a possibilidade da realização da mastectomia profilática bilateral, que apresenta redução do risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Somado a isso, a cirurgia tem potencial de reduzir a ansiedade apresentada por essas pacientes, que pode surgir em função da consciência do quadro genético desfavorável. Apesar disso, tal procedimento é controverso, uma vez que é invasivo, irreversível, tem grande impacto psicológico e não demonstra redução na mortalidade quando comparado ao rastreamento via RM.

Estatísticas de outros países

O rastreamento mamográfico do câncer de mama foi introduzido em alguns países europeus, nos Estados Unidos e no Canadá no final dos anos de 1980, após pesquisas terem demonstrado que

as mamografias de rastreio eram responsáveis pela diminuição de 20% a 30% na mortalidade por essa neoplasia. Sendo assim, nos EUA, por exemplo, a elevação na incidência desse tipo de câncer tem se associado à diminuição da mortalidade, observando-se uma sobrevida de 84,1% após cinco anos de diagnóstico. Isso pode ser justificado pelos constantes avanços no tratamento e à realização de programas de rastreamento efetivos, com elevadas taxas de adesão às mamografias de rotina. Já no Brasil, mesmo com a implementação do programa de rastreio mamográfico, a sobrevida é de 67,8% após cinco anos de diagnóstico, sendo significativamente inferior à de países com um sistema de rastreamento mais solidificado. Isso é consequência do limitado número de mulheres diagnosticadas precocemente e pela dificuldade na formalização de sistemas de referência efetivos, que atendam toda a população. Alguns países da América Latina introduziram ações de rastreamento para o câncer de mama nas últimas décadas, mas, até o momento, não foi implementado, na região, um programa organizado de base populacional para que haja uma cobertura significativa e, assim, redução na morbimortalidade.

Já em relação à mortalidade, de acordo com dados divulgados em pesquisa realizada pelo departamento de Mastologia do Hospital de Câncer de Barretos, países desenvolvidos como os Estados Unidos possuem taxa de 19 mortes por câncer de mama para cada 100 pacientes diagnosticadas com a doença. Já na América do Sul, a relação se eleva para 29,8 mortes e na África, aumenta-se mais ainda, atingindo cerca de 60 mortes a cada 100 diagnósticos. Além disso, outro ponto importante é que tal estudo demonstrou que 50,1% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama nos Estados Unidos encontravam-se no estágio inicial da doença, com tumores menores do que dois centímetros e ainda não palpáveis. No Brasil, porém, os diagnósticos nesse estágio precoce ocorreram em apenas 10% dos casos.

Esses dados demonstram a importância do diagnóstico precoce, feito a partir das mamografias de rotina, que está intimamente relacionado ao aumento da sobrevida. Infelizmente, no Brasil, ainda não há uma cobertura sistemática de toda a população feminina, mas a implementação dos programas de rastreio pelo SUS já demonstram um grande avanço e uma caminhada na direção correta para que, cada vez mais, um menor número de mulheres sejam vítimas das fases avançadas dessa doença.

CONCLUSÃO

É nítido que a realização do rastreamento da maneira correta proporciona benefícios relevantes à população brasileira, já que essa prática possui impacto na redução da mortalidade de mulheres por câncer de mama. Cabe reiterar a importância de o rastreamento ser feito segundo as recomendações do MS, para que os possíveis benefícios superem os riscos da realização periódica da mamografia e vale reafirmar que, apesar de existirem as Diretrizes para o rastreamento adequado, elas não são regras universais que se aplicam igualmente a todas as pacientes. Logo, a recomendação deve ser feita, sempre, levando em consideração todos os fatores aos quais a paciente foi exposta ao longo da vida.

Por fim, é importante ressaltar que o protocolo de rastreio adotado pelo MS tem alto potencial, porém ainda não conquistou abrangência em todo o território brasileiro. Isso ressalta a relevância de, cada vez mais, aumentar o número de mulheres acolhidas para que, caso existam lesões mamárias, elas possam ser diagnosticadas precocemente, levando a um aumento da sobrevida dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO E SILVA, GULNAR *et al.* Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 1537, 2014 .

CONCEITO E MAGNITUDE DO CÂNCER DE MAMA. INCA, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude#:~:text=No%20Brasil%2C%20exclu%C3%ADdos%20os%20tumores,casos%20por%20100.000%20mulheres%202020.https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controlado-deteccao-precoce>>. Acesso em: 26 out. 2020.

DIRETRIZES PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL. INCA, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

DUFFY, S.W. *et al.* Mammography screening reduces rates of advanced and fatal breast cancers: Results in 549,091 women. *Cancer*, v. 126, p. 2971, 2020.

FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA. INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/fatores-de-risco>>. Acesso em: 31 out. 2020.

LOURENCO, T.S. *et al.* Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, p. 585, 2013 .

MARCADORES GENÉTICOS DE PREDISPOSIÇÃO AO CÂNCER DE MAMA. Fleury, 2008. Disponível em: <<https://www.fleury.com.br/medico/artigos-cientificos/marcadores-geneticos-de-predisposicao-ao-cancer-de-mama>>. Acesso em: 31. out de 2020.

PEREIRA, M.B. *et al.* Grupo etário e periodicidade recomendados para a mamografia de rastreio: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 1135, 2014 .

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA. Fleury, 2020. Disponível em: <<https://www.fleury.com.br/medico/artigos-cientificos/rastreamento-de-cancer-de-mama>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

TABÁR, L. *et al.* The incidence of fatal breast cancer measures the increased effectiveness of therapy in women participating in mammography screening. *Cancer*, v. 125, p. 515, 2020.

VIEIRA, A *et al.* Classificação BI-RADS: Categorização de 4968 mamografias. *Radiologia Brasileira*, v. 35, p. 205, 2002.

WANDERLEY, B. *et al.* BRCA1 e BRCA2 em câncer de mama. Associação Médica Brasileira. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/brca1-e-brca2-em-cancer-de-mama/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.

3

TERAPIA DE LACTAÇÃO EM MULHERES TRANSEXUAIS

FILIAÇÃO

¹ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

AUTORES

ALINE CASTRO DE ALMEIDA¹
ESTHER MARCHISOTTI FERREIRA¹

Palavras-chave: Transexualidade; Lactação; Hormonização.

INTRODUÇÃO

Para compreender o indivíduo é necessário considerá-lo de modo integral, sendo abordado em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Como esses fatores estão correlacionados, há de se conhecer todas as partes que envolvam a individualidade de cada ser. Dessa forma, conceitua-se como indivíduo transexual aquele que apresenta características anatômicas de um dado sexo biológico, sendo igual a seus pares no que diz respeito a características cromossômicas, hormonais e somáticas, porém possuem a percepção pessoal de pertencer ao outro sexo. Não são considerados transexuais indivíduos que apresentam condições intersexuais como síndrome de insensibilidade a andrógenos, hiperplasia adrenal congênita ou genitália ambígua (MATÃO *et al.*, 2010)

O objetivo deste capítulo é identificar, avaliar e revisar artigos científicos encontrados na literatura, disponíveis nos idiomas inglês e português, que tratem da temática de lactação em mulheres transexuais. Compreende-se que o presente estudo é justificado por relacionar-se com uma temática atual e que tem apresentado avanços em decorrência das lutas iniciadas por movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos da população LGBT no âmbito da saúde pública brasileira (PETRY, 2015)

O processo de transsexualização

No que se diz respeito ao processo transexualizador, este é composto por duas fases. A primeira fase é iniciada quando o indivíduo procura o serviço especializado, em que passará por uma equipe multiprofissional que realizará com o paciente diversas entrevistas, exames psicométricos e exames clínicos. No que tange a segunda fase do Processo Transexualizador, englobam-se três etapas. Estas etapas consistem da: (1) a avaliação da vivência do indivíduo no papel de gênero desejado, (2) a terapia hormonal e (3) as cirurgias, tanto aquelas destinadas a modificações de características morfológicas (como mamas, ou até mesmo a face) quanto à cirurgia de transgenitalização ou redesignação sexual (CRS) (PETRY, 2015).

A função dos hormônios estrogênio e progesterona no desenvolvimento mamário

A terapia atual utilizada na maior parte dos casos de mulheres trans envolve majoritariamente duas questões: terapia hormonal e a CRS. No que se refere à terapia hormonal, busca-se a indução de um processo de feminização ao indivíduo, processo este que envolve formação das mamas, redução da característica masculina de crescimento de pelos e redistribuição da gordura corporal.

No que se refere ao impacto hormonal no desenvolvimento das mamas em mulheres cisgênero, a visão clássica expõe que o hormônio estrogênio induz à proliferação da mama; no caso do hormônio progestina, este origina a diferenciação das mamas durante o processo de desenvolvimento das mesmas. No entanto, vale ressaltar que é amplamente assumido que as progestinas não possuem um papel significativo na formação do volume das mamas. Vale enfatizar que a terapia hormonal adotada, na maior parte dos casos, combina estrogênios com substâncias anti-androgênicas e/ou supressoras gonadais, que objetivam suprimir os níveis de testosterona do organismo (WIERCKX *et al.*, 2014).

Consequências da terapia hormonal na lactação

É visto que, na medicina padrão hodierna, existem métodos farmacológicos e não farmacológicos de indução da lactação que podem ser usados sozinhos ou em combinação – desde medicamentos prescritos até terapias à base de plantas e estímulos manuais. O método não farmacológico de induzir a lactação – utilizado no caso de mulheres cisgênero e/ou mulheres transexuais que o associam ao método farmacológico – é caracterizado pela estimulação repetida dos mamilos durante várias semanas antes do nascimento do bebê, preferencialmente com uma bomba elétrica de nível hospitalar.

No que se diz respeito aos métodos farmacológicos, existem diversos métodos eficazes com uma variedade de possíveis efeitos colaterais de curto prazo. No que se refere às mulheres que nunca amamentaram, observa-se efetiva lactação com uma dose única de medroxiprogesterona, entretanto com o uso de clorpromazina e de metoclopramida foi percebido efeitos colaterais para a mãe. Na utilização de metoclopramida, a sedação é o efeito colateral mais comum e no uso de clorpromazina, os efeitos colaterais incluem ganho de peso, sedação, bradicinesia e tremor. Ademais, é importante enfatizar que existem diferentes métodos utilizados para induzir a lactação, contudo, os mais comuns são combinações de uso de contraceptivos orais conciliados com galactogogos seguidos de uma posterior retirada hormonal (FERRI *et al.*, 2020)

Diante desse fato, é observado que há uma variedade de medicamentos e produtos naturais que estão sendo usados no contexto atual como galactogogos – termo que engloba todas as substâncias que induzem e mantêm a lactação. Alguns exemplos destes fármacos são: metoclopramida, domperidona, sulpirida, ocitocina, somatotropina, clorpromazina e hormônio liberador de tirotropina. Esses agentes terapêuticos são úteis, por exemplo, para casos em que a mulher não consegue produzir seu próprio leite, como em situações de adoção e casos que envolvem mulheres transgênero, que representam o foco temático do presente capítulo (GABAY, 2002).

Dessa forma, pode-se dizer que existem três fases comuns no processo de indução à lactação: (a) preparação hormonal do tecido mamário, (b) promoção da prolactina e (c) retirada do hormônio. A fase de preparação consiste no preparo hormonal do tecido mamário, o qual em pessoas não

gestantes necessita do envolvimento de um contraceptivo oral combinado com estrogênio e progesterona, devendo este ser tomado continuamente por meses sem a fase das pílulas placebo. Dependendo da duração do tratamento, os pacientes terão crescimento de tecido mamário. Riscos, especialmente de coágulos sanguíneos devido às altas doses de estrogênio, devem ser discutidos.

Seis meses antes da chegada do bebê, a mulher deve começar a administração da pílula anticoncepcional oral combinada com progesterona/estrogênio. A pílula deve ser tomada continuamente sem interrupções, para simular a gravidez. Recomenda-se que, a fim de estimular o desenvolvimento mamário, a pílula deve conter pelo menos 1 mg de progesterona. Estes hormônios estimulam a hipertrofia dos alvéolos e lobos da mama e proliferação dos ductos lactíferos. Além disso, embora suprimida pelo estrogênio e progesterona, a hipófise anterior produz prolactina, que aumenta a massa mamária e a diferenciação celular (PETRY, 2015).

No que diz respeito a fase de produção da prolactina, este é um hormônio sintetizado e secretado pela adenohipófise e sua produção é geralmente alcançada com galactogogos, podendo ser usada durante a fase de estimulação hormonal ou a fase de expressão dos hormônios. Vale ressaltar que os protocolos tradicionais de lactação induzida utilizam os galactogogos durante todo o processo. No caso da domperidona, esta possui uma evidência mais forte para o sucesso da promoção da lactação. Caso seu uso seja feito, deve ser realizada a administração do medicamento cinco meses antes da chegada do bebê, com doses, por exemplo, de 10 mg, 4 vezes por dia, aumentando para 20 mg 4 vezes por dia após 1 semana. A domperidona é um antagonista da dopamina usado para auxiliar o refluxo gástrico e o vômito, entretanto há estudos que evidenciam que esta eleva os níveis de prolactina nas mulheres e, portanto, também é utilizada como galactogogo a fim de induzir a lactação. Já no caso da metoclopramida ou galactogogos de ervas, estes também podem ser utilizados como recurso alternativo, embora o custo, riscos e efeitos colaterais de alguns tratamentos podem limitar a capacidade do paciente de manter o uso a longo prazo (FERRI *et al.*, 2020).

Por fim, na terceira e última fase, a qual consiste na retirada das altas doses de estrogênio e progesterona, esta deve acontecer um mês antes que a criança necessite ser alimentada. No caso de um paciente transgênero, este pode retomar suas dosagens habituais de estrogênio e progesterona. Sendo assim, há uma queda dramática na progesterona semelhante à experimentada após o parto e, em resposta, a hipófise anterior não é mais suprimida, dessa maneira fazendo com que os níveis de prolactina aumentem, resultando na produção de leite. Acresce que os efeitos colaterais da redução do estrogênio devem ser considerados caso o paciente tenha utilizado níveis altos anteriormente (FERRI *et al.*, 2020; DENTON, 2010).

Vantagens e desvantagens da amamentação induzida

No que tange a bioquímica do leite materno, que tem sido amplamente enaltecido tanto por sua capacidade de suprir os requerimentos nutricionais e hídricos da criança até o sexto mês de vida, quanto por seu complexo imunológico o qual protege a saúde gastrointestinal da mesma. Esse fato é evidenciado devido ao fato de o leite materno conter imunoglobulina A (IgA) secretora, agentes anti-inflamatórios e outros imunomoduladores que dão aos bebês amamentados vantagens imunológicas em relação aos bebês alimentados com fórmula. Acresce que o leite materno diminui futuros riscos de ocorrência de doenças alérgicas e respiratórias, além de promover a prevenção do desenvolvimento de diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares nos lactentes. Os benefícios da prática e da adequada composição nutricional vêm obtendo êxito na redução da

mortalidade infantil, principalmente em condições insatisfatórias de saneamento básico (BUSSATO *et al.*, 2006; TAKUSHI *et al.*, 2008; REISMAN & GOLDSTEIN, 2018)

Entretanto, no que se refere a saúde da mãe, é importante enfatizar que, na formulação dos anticoncepcionais, os quais são comumente utilizados na indução a lactação, existem doses consideráveis de estrogênio e progesterona. Sendo assim, existe a possibilidade de haver uma consequência direta para os vasos sanguíneos da usuária, pois nas camadas dos vasos existem receptores para os componentes do medicamento em questão. Mesmo com a tendência atual de redução das dosagens de estrogênio, foi comprovado que esses hormônios ainda desencadeiam alterações significantes no sistema hemostático por sua ação androgênica, resultando assim na formação de fibrila, podendo acontecer a formação de coágulos nas veias. (SOUSA & ALVARES, 2018)

No que diz respeito aos riscos relacionados ao lactente, enfatiza-se que ainda existe uma carência no que tange as discussões acerca das implicações para a criança, havendo, portanto, poucas conclusões definitivas em relação aos efeitos dos hormônios secretados no leite materno e sobre a saúde e o desenvolvimento infantil, imediato e em longo prazo. Contudo, dentre as poucas pesquisas realizadas sobre o tema, foi possível observar consequências aos lactentes tais como ginecomastia infantil (hipertrofia da mama em bebês do sexo masculino) e hiperbilirrubinemia neonatal (icterícia neonatal), sendo este último relacionado ao conteúdo de esteroides presentes no leite de mães que tomaram anticoncepcionais hormonais até anos antes da gravidez.

Contudo, acerca dos efeitos em longo prazo, pode-se dizer que esta é uma área de pesquisa muito mais difícil e pouco explorada. Embora não se possa relacionar diretamente as descobertas de estudos em animais para humanos, foi realizada uma pesquisa, no ano de 1979, que acompanhou o desenvolvimento em ratos filhotes que ingeriram altas doses de hormônios. Com o desenrolar do estudo, foi possível perceber que nenhum efeito adverso foi encontrado na maturação ou função reprodutiva posterior na prole destes mesmos ratos que receberam esteroides anticoncepcionais, entretanto foi possível perceber uma maior susceptibilidade de desenvolvimento de câncer posteriormente na vida das cobaias.

Por fim, pode-se concluir que, mesmo com poucos estudos acerca dos efeitos para os lactentes, é importante ressaltar que o organismo de neonatais não se comporta da mesma maneira tal qual o organismo de adultos, por isso é de extrema importância se manter alerta aos efeitos adversos da combinação de contraceptivos no processo de indução a lactação. (HULL, 1981)

O objetivo deste estudo foi transmitir, de maneira clara e eficiente, as principais questões relacionadas ao processo de indução a lactação em mulheres transexuais. Dentre elas pode-se citar as etapas de hormonização, os resultados e as consequências esperadas para a mulher e para o lactente, assim como as vantagens e desvantagens do processo como um todo. Haja vista a atualidade do tema e a inexistência de artigos e publicações que abordem o assunto de maneira aprofundada, acredita-se que a escrita deste presente capítulo seja enriquecedora para o meio acadêmico.

MÉTODO

O estudo em questão caracteriza-se por ser um capítulo com objetivo principal de apresentar uma análise aprofundada acerca da temática sobre lactação em mulheres transexuais. Essa metodologia procura sintetizar resultados de estudos coerentes sobre este tema específico. O

raciocínio utilizado para a confecção do presente estudo segue os seguintes estágios: (1) seleção do tema a ser abordado; (2) estabelecimento de critérios para exclusão e inclusão das pesquisas a serem selecionadas na literatura disponível; (3) definição do conteúdo a ser extraído dos estudos selecionados e (4) elaboração de um capítulo que sintetize todo o conhecimento adquirido.

As pesquisas para a composição deste capítulo a respeito do tema “terapia de lactação em mulheres transexuais” foram realizadas a partir das bases de dados PubMed, SciELO e MEDLINE, por meio dos descritores “transexualidade”, “lactação” e “hormonização”. A seleção das pesquisas utilizadas foi realizada com base nos fatores de inclusão e exclusão citados adiante. Dessa forma, os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos originais, publicados nos idiomas inglês e português, que abordem o tema de lactação em pessoas transexuais e cisgênero de forma direta ou indireta. Como critérios de exclusão foram determinados: artigos científicos com metodologia contraditória ao estudo realizado, pesquisas científicas originais com discussão incoerente e sem apresentação bem definida dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relação entre hormonização e desenvolvimento mamário, eficácia da terapia de lactação e vantagens do aleitamento materno

Existem comprovações de que, na maioria das vezes, no caso de mulheres transsexuais, o desenvolvimento mamário durante o processo da terapia hormonal de indução a lactação possui resultado insuficiente. Esse fato pode acontecer devido a dosagem dos hormônios que são utilizados nas terapias de lactação, que muitas vezes não possuem dosagem significativa que resulte em um desenvolvimento considerável das mamas. (WIERCKX *et al.*, 2014).

Por outro lado, baseado em um estudo realizado por pesquisadores do Jornal de Obstetrícia, Ginecologia e Enfermagem neonatal de Seattle, foi possível observar a existência da efetividade da terapia de lactação em mulheres transsexuais. Estes pesquisadores relataram em seu estudo o caso de um casal de mulheres, composto por uma mulher cisgênero e uma transgênero, em que ambas demonstraram extrema satisfação com o resultado e eficácia na sua experiência no processo de indução ao aleitamento (SPERLING & ROBINSON, 2018).

Por fim, no que tange às vantagens e os desejos das mulheres em amamentar, foi realizado um estudo para a revista de nutrição de Campinas, no ano de 2008, em que 98,8% das gestantes participantes do mesmo foram favoráveis ao ato do aleitamento. Suas justificativas perpassam, principalmente, à saúde da criança, ao desejo materno de conexão com o lactente e aos benefícios da ingestão do leite. Dentre esses motivos, os benefícios à saúde da criança foram o mais citado pelas entrevistadas (73,8%). Portanto, conclui-se que a importância da amamentação não diz respeito apenas aos aspectos sociais e econômicos que essa prática em questão oferece, mas também se relaciona a fatores nutricionais e à saúde geral dos lactentes (TAKUSHI *et al.*, 2008).

A vivência transexual e a estereotipação de seus corpos

No que se refere aos processos de transformação para o desenvolvimento do corpo feminino em mulheres transsexuais, são englobados diversos fatores, tais como: o uso de hormônios, a dilatação do canal vaginal e as complicações cirúrgicas. Estes processos sujeitam o corpo a se

padronizar conforme o idealizado, pelo indivíduo e pelo coletivo, a fim deste enquadrar-se na identidade de gênero perante a sociedade (PETRY, 2015).

Outrossim, no que tange a uma parcela significativa da sociedade, esta se apresenta inerte ao conhecimento a respeito da representação social da exercida pelos transsexuais, uma vez que no âmbito geral enxergam os indivíduos transgênero de uma maneira estereotipada, como se verifica no senso comum. Ademais, também pode ser comprovado o estigma e o preconceito para com as pessoas transexuais perante o corpo social (MATÃO *et al.*, 2010)

CONCLUSÃO

Neste capítulo foram retratados os principais métodos que vêm sendo utilizados, na atualidade, a fim de induzir a lactação nas mulheres transexuais. Dentre estes, os mais recorrentes e eficazes foram as combinações do uso de contraceptivos orais conciliados com galactogogos, seguidos de uma posterior retirada hormonal. Além disso, foi enfatizado que o aleitamento materno possui diversas vantagens, sendo a principal delas a contribuição para o desenvolvimento saudável dos lactentes.

Portanto, de maneira geral, na tentativa de garantir uma realidade mais digna às mulheres transexuais, as quais manifestam o desejo passar pela terapia de lactação, é de suma importância que novos estudos sejam realizados, sendo essencial o desenvolvimento de mais pesquisas que envolvam discussões acerca dessa temática específica.

Sendo assim, existe uma necessidade urgente de realização de outras análises mais elaboradas e aprofundadas acerca dos hormônios e seus efeitos, na mulher e no lactente durante a terapia hormonal conciliada a indução do aleitamento, enfatizando as consequências destes para a saúde dos indivíduos envolvidos. Por fim, conclui-se que neste capítulo foi observado que, devido ao preconceito existente na sociedade como um todo, surge uma distorção de imagem nas pessoas transexuais, sendo este estigma um dos principais fatores responsáveis pelas dificuldades de um cidadão incluso neste grupo social inserir-se na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUSSATO, A.R.M. *et al.* A influência do aleitamento materno sobre o estado nutricional de crianças e adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 24, p. 250, 2006.
- DENTON, Y. Induced Lactation in the nulliparous adoptive mother. *British Journal of Midwifery*, v. 18, p. 84, 2010.
- FERRI, R.L. *et al.* ABM Clinical Protocol# 33: Lactation Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Plus Patients. *Breastfeeding Medicine*, v. 15, p. 287, 2020.
- GABAY, M.P. Galactogogues: Medications That Induce Lactation. *Journal of Human Lactation*, v. 18, p. 274, 2002.
- HULL, V.J. The Effects of Hormonal Contraceptives on Lactation: Current Findings, Methodological Considerations, and Future Priorities. *Studies in Family Planning*, v. 12, p. 134, 1981.
- MATÃO, M.E.L. *et al.* Representações sociais da transexualidade: perspectiva dos acadêmicos de enfermagem e medicina. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, p. 103-115, 2010.
- PETRY, A.R. Mulheres transexuais e o Processo Transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, p. 71, 2015.
- REISMAN, T. & GOLDSTEIN, Z. Case Report: Induced Lactation in a Transgender Woman. *Transgender Health*, v. 3, p. 24, 2018.
- SOUSA, I.C.A. & ÁLVARES, A.C.M. A trombose venosa profunda como reação adversa do uso contínuo de anticoncepcionais orais. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 7, p. 54, 2018.
- SPERLING, D. & ROBINSON, L. Induced Lactation in a Transgendered Female Partner. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, v. 47, 3 ed., p. 1, 2018.
- TAKUSHI, S.A.M. *et al.* Motivação de gestantes para o aleitamento materno. *Revista de Nutrição*, v. 21, p. 492, 2008.
- WIERCKX, K. *et al.* Clinical Review: Breast Development in Trans Women Receiving Cross-Sex Hormones. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 11, p. 1240, 2014.

4

A ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO DA GESTAÇÃO E DO PUERPÉRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

FILIAÇÃO

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Lins - Unilins, Lins, SP.

² Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Lins - Unilins, Lins, SP.

AUTORES

ALLISON VINICIUS BERNARDO¹

CYNTIA DANIELLY MENDES ANICETO¹

FABIO RENATO LOMBARDI²

SABRINA PICCINELLI ZANCHETTIN SILVA²

SILVIA MANFRIN ALVES CORREIA²

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Assistência Integral à Saúde da Mulher; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

A depressão é o mais comum dos distúrbios afetivos, que pode variar desde uma condição muito branda, limítrofe com a normalidade, até uma depressão severa acompanhada de alucinações e delírios. No mundo inteiro, a depressão é a principal causa de incapacidade e morte prematura (RANG *et al.*, 2004).

A depressão é caracterizada por humor deprimido, perda de interesse ou prazer nas atividades habituais; segundo Townsend (2008) e Rang *et al.* (2004) ainda citam sintomas que incluem componentes emocionais e biológicos, como por exemplo, miséria, apatia e pessimismo, baixa autoestima, sentimento de culpa, de inadaptação, indecisão, perda da motivação, retardo de pensamento e de ação, perda da libido, distúrbio do sono, perda do apetite ou até comer demais. A gravidade da depressão no período pós-parto varia de um sentimento de tristeza à depressão moderada psicótica ou melancolia.

Os sintomas da depressão pós-parto incluem crises de choro, tristeza, ansiedade e distúrbio subjetivo da concentração aparecendo no início do puerpério (TOWNSEND, 2008).

O enfermeiro da ESF (Estratégia saúde da família) deve estar preparado para lidar e direcionar uma demanda diversificada, principalmente no tocante a questões de ordem psicológica, que dificultam a prevenção, o diagnóstico e o tratamento adequados. Desta forma, cabe a este profissional o conhecimento acerca da depressão pós-parto (DPP) para atuar no acolhimento e direcionamento adequado da gestante durante um pré-natal contínuo, humanizado e integral, numa lógica de prevenção deste transtorno mental (VALENÇA, 2010).

As síndromes psiquiátricas pós-parto são as doenças mentais que ocorrem durante o primeiro ano após o nascimento da criança. As mais frequentes são a melancolia de maternidade (*Pospartum*

blues), podendo atingir de 50 a 80% das puérperas, e a psicose, mais rara, ocorrendo entre 1 a 2 casos por 1.000; e a DPP, que varia entre 18 a 39,4% dos casos (SCHARDOSIM *et al.*, 2011).

Segundo Félix *et al.* (2013), cabe ao enfermeiro o conhecimento acerca da DPP uma vez que este profissional está inserido no serviço de atenção básica, que é porta de entrada para o acolhimento, e assim ter um correto direcionamento da puérpera na prevenção e tratamento deste transtorno mental.

De acordo com Oliveira (2014), fica sob responsabilidade do enfermeiro verificar as mínimas alterações, seja no humor ou na integridade física das gestantes, atentando a problemas futuros e garantindo a detecção e prevenção precoce dos transtornos psíquicos puerperais, neste caso a Depressão pós-parto.

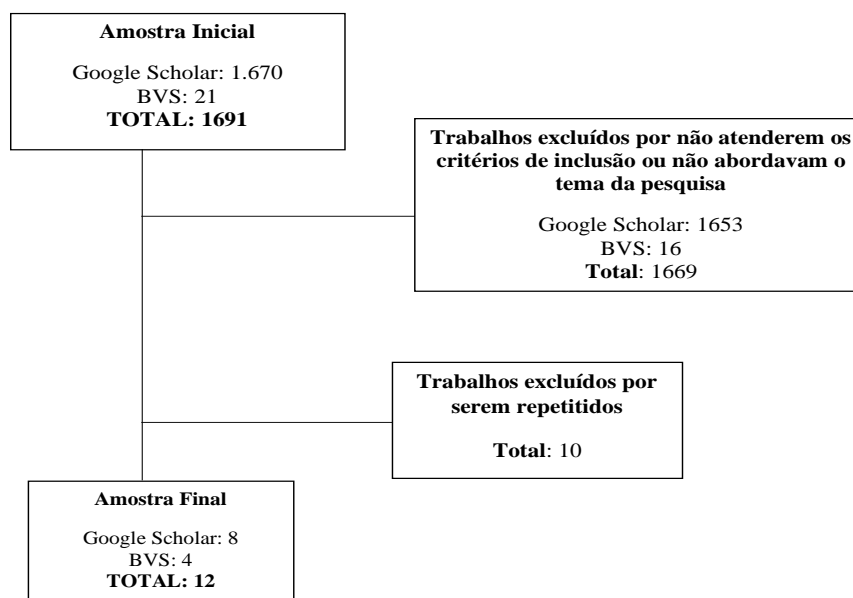
O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca do papel do enfermeiro frente a depressão pós-parto, justificada pela grande quantidade de estudos dentro da temática, faz-se necessária a revisão sobre a tema.

MÉTODO

A seleção da amostra deu-se por meio do acesso às bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Google Scholar. Utilizaram-se como estratégia de busca os descritores: “(depressão pós parto) AND (enfermagem)”.

Adotou-se como critérios de inclusão: artigos completos com resumos e relacionados ao objeto de pesquisa, em português, nos últimos quatro anos. A busca e seleção dos artigos ocorreu nos meses de julho e agosto do ano de 2020. Foram selecionados 1670 artigos do Google Scholar, 21 artigos da BVS, resultando em uma amostra inicial de 1691 artigos, e uma amostra final de 12 artigos selecionados, conforme fluxograma (Figura 1).

Figura 1. Seleção dos artigos e suas respectivas bases de dados



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final desta revisão foi constituída por 12 artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, 4 foram encontrados na base de dados BVS e 8 na base de dados Google Scholar. O Quadro 1 representa as especificações de cada um dos artigos.

Quadro 1. Relação dos artigos selecionados

Base de dados	Título do artigo	Autores	Principais resultados
BVS	Estratégias de enfermagem na prevenção da Depressão pós-parto	VIANA <i>et al.</i> , 2020	Prevenir a DPP é uma ação de fácil abordagem, com baixo custo e de viável execução na prática do enfermeiro.
BVS	Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da Depressão puerperal	SOUZA <i>et al.</i> , 2018	Rotinas de cuidado da enfermeira ao binômio mãe-filho no período puerperal; visão das enfermeiras sobre a depressão puerperal; os impasses na prevenção da depressão puerperal.
BVS	Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal	SILVA <i>et al.</i> , 2020	Identificaram-se as seguintes ações/intervenções: identificar sinais e sintomas da depressão puerperal; realizar consulta de pré-natal; realizar educação em saúde; incentivar o parto normal; apoiar condições psicológicas; encaminhar para serviço especializado.
BVS	Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre Depressão pós-parto	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2016	O atendimento e tratamento da puérpera parece fragmentado e não resolutivo. Torna-se evidente a necessidade de investimentos em atividades de saúde mental na atenção básica.
Google scholar	O enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto: revisão integrativa	COUTINHO <i>et al.</i> , 2019	O enfermeiro tem um papel de grande destaque na Prevenção da Depressão Pós-Parto, pois é ele quem acompanhará todo ciclo gravídico-puerperal da mulher
Google scholar	O papel do enfermeiro no cuidado à mulher com depressão puerperal	ARRUDA <i>et al.</i> , 2019	Importância da assistência de enfermagem à mulher durante o período de gestação ao puerpério, favorecendo a detecção o mais precocemente possível dos sintomas da depressão durante o ciclo gravídico puerperal.
Google scholar	Conhecimento de profissionais da estratégia saúde da família acerca da depressão pós-parto	GONÇALVES <i>et al.</i> , 2020	Despreparo e falta de capacitação técnica e científica dos profissionais de saúde para atuarem identificando e intervindo na Depressão Pós-parto materna.
Google scholar	Puérperas com risco para depressão pós-parto e a adoção De condutas de enfermagem	SANTANA <i>et al.</i> , 2019	Os Enfermeiros mantêm interação com as puérperas no que se refere à assistência, e com a equipe multiprofissional quando identificadas mulheres com diagnóstico de DPP.
Google scholar	Atuação do enfermeiro na depressão pós-parto: uma revisão narrativa	MACHADO <i>et al.</i> , 2019	O enfermeiro tem como papel fundamental uma atuação qualificada, uma vez que este é o profissional que está frequentemente em contato com os pacientes.

Google scholar	A importância do cuidado de enfermagem na depressão pós-parto.	SILVA, D.M.S; RODRIGUES, F.C.M., 2019	O enfermeiro pode contribuir com a redução da depressão pós-parto através de ações e onde possa realizar o reconhecimento prévio da depressão.
Google scholar	Depressão pós-parto: atuação da enfermagem na prevenção	XAVIER J.B, VALE J.S., 2019	O enfermeiro que é de suma importância no controle e prevenção da depressão pós-parto, pois o mesmo é um dos principais responsáveis pelo acompanhamento gestacional no pré-natal dentro da atenção básica.
Google scholar	Assistência de enfermagem na depressão pós-parto	CLARO, J.G., 2019	A importância do enfermeiro para o diagnóstico, pois é o elo de ligação entre puérpera e a equipe médica, além de ter significativo auxílio no tratamento e acompanhamento da mãe e do bebê.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Para Gonçalves *et al* (2020), compreende-se que o período pré-natal é de vital importância para o enfrentamento dos transtornos mentais perinatais, sendo decisiva a forma como é realizado o acompanhamento da mulher durante o período gestacional.

Faz-se necessário o pré-natal para que o enfermeiro tenha acesso às informações sobre a gestante e puérpera, conhecendo as suas aflições e conflitos, podendo, assim, intervir de maneira adequada (SILVA *et al.*, 2020).

Para Claro (2019), diante das suas várias causas, os sinais e sintomas se confundem dificultando o tratamento adequado, em que as alterações hormonais e do cotidiano podem passar despercebidas, devido à dificuldade de expressar-se com as novas responsabilidades.

Segundo Oliveira (2016), a detecção precoce dos fatores de risco, associados ao desenvolvimento da depressão puerperal, é um fator importante para a prevenção do sofrimento psíquico e das repercussões no binômio mãe-filho e na interação com a família.

Sobre o conhecimento do enfermeiro na DPP

A maior dificuldade e desafio enfrentados pelo enfermeiro é a falta de familiaridade com a temática, dificultando em lidar com a identificação dos casos (COUTINHO, 2019).

Em um estudo realizado, os enfermeiros possuem conhecimento superficial sobre a DPP, o que pode ocasionar em condutas inadequadas, além disso, a rotina do enfermeiro no cuidado à puérpera é bastante centrada nos cuidados ao bebê, nas necessidades fisiológicas e reprodutivas, não contemplando as necessidades psicológicas nesse cuidado (SOUZA *et al.*, 2018).

Em um estudo de Gonçalves *et al* (2020), verificou-se despreparo e falta de capacitação técnica e científica dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família para atuarem identificando e intervindo na DPP.

No estudo de Oliveira (2016), os profissionais desconhecem outras estratégias que fujam da medicalização, como grupo de mulheres ou de familiares, inserção da família no processo de tratamento, corresponsabilização e matricialmente de casos com a Rede de atenção psicossocial.

Em um estudo de Santana *et al.* (2019), foi evidenciado uma limitação no conhecimento dos enfermeiros sobre DPP e de seus sintomas, na abordagem do assunto com as pacientes, e na relação interdisciplinar para a discussão da temática, o que compromete a prevenção, o diagnóstico precoce, e consequentemente, o tratamento da doença.

Para Silva *et al.* (2020), há necessidade de que o enfermeiro tenha conhecimento sobre a depressão puerperal para, assim, poder acompanhar a mulher de forma integral a partir do período gestacional até o puerpério, devendo ofertar uma assistência adequada.

É de extrema importância que os profissionais busquem ampliar seus conhecimentos acerca da DPP e tudo que a circunda para que assim consigam atuar com maior precisão no acolhimento e direcionamento adequado quando necessário, por exemplo: A enfermeira líder da equipe, solicitar palestras sobre o tema mensalmente, o enfermeiro e a equipe buscar aprimoramento através de pós-graduação na área (SOUZA *et al.*, 2018).

O papel do Enfermeiro

O papel do Enfermeiro segundo Santana (2019), é atuar como protagonista nesse processo, pois é ele quem realiza a triagem com facilidade, portanto, deve identificar alterações e sintomas sugestivos da doença e comunicar aos demais integrantes da equipe, a fim de qualificar a assistência, encaminhando a mulher para acompanhamento especializado nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Contudo, perceber o quadro de depressão não é tarefa simples, por isso, o enfermeiro deve se especializar fazendo cursos sobre o tema, pós-graduação, participando de palestras.

Segundo Machado (2019), existe necessidade na compreensão do papel do enfermeiro, dado que este profissional tem um prestígio e domínio sobre os cuidados diretos dos pacientes, dentre eles gestantes e puérperas.

Para Silva (2019), o enfermeiro pode contribuir com a redução da DPP através de ações e onde possa realizar o reconhecimento prévio da depressão.

Cabe assim ao enfermeiro, profissional com maior sensibilidade e elo de ligação entre mãe e demais membros da equipe de saúde, desenvolver capacidades, como educação continuada, e especialização na área para identificar possíveis quadros de depressão nas puérperas, mediante a observação de seus comportamentos, possibilitando o diagnóstico precoce, e melhor qualidade no tratamento (CLARO, 2019).

Segundo Souza *et al.* (2018) constatou-se, que os enfermeiros se dedicam para prevenir a DPP, entretanto, enfrentam dificuldades como a escassez de agentes comunitários de saúde e a falta de adesão da população nas atividades de educação em saúde.

Para Xavier (2019), é através da consulta de enfermagem que ocorre troca de informações favorecendo assim a identificação dos fatores de risco apresentado pela gestante, com isso a atuação do enfermeiro diante da população em identificar novos casos é trabalhar com a prevenção durante as consultas realizadas no período do pré-natal, utilizando-a como ferramenta principal para identificação precoce.

Segundo Viana *et al.* (2020), a consulta de enfermagem humanizada e acolhedora, e o grupo de gestante, é uma ação com fácil abordagem, baixo custo e de viável execução na prática do enfermeiro.

Para Souza *et al.* (2018), verifica-se, portanto, que cabe aos profissionais da saúde ampliarem o olhar durante as visitas e consultas puerperais analisando a puérpera em todas as suas dimensões. A necessidade de investimentos em educação permanente e continuada para os profissionais das Estratégia Saúde da Família, é essencial no intuito de compreender a importância dos cuidados em saúde mental no puerpério. Uma vez que a reflexão de que é imprescindível a educação de saúde no processo de formação dos servidores da saúde é urgente (GONÇALVES *et al.*, 2020).

O profissional enfermeiro pode garantir integralidade e prevenção aos cuidados oferecidos através da educação em saúde, promovendo ações que irão garantir qualidade de vida para a puérpera, onde ela deve receber todo amparo e informações necessárias para se sentir segura e acolhida nessa fase de vida (XAVIER, 2019). Os esforços interprofissionais devem ser empreendidos no sentido de promover uma assistência qualificada, e isso passa pelo entendimento de que é imprescindível ir além da atenção aos aspectos biológicos e incorporar a atenção à saúde psíquica da gestante (GONÇALVES *et al.*, 2020). Portanto, mulheres, recém-nascidos, crianças, famílias e a sociedade em geral podem ser beneficiados por meio da atuação do profissional de enfermagem (MACHADO, 2019).

A carência de ações e intervenções podem provocar atrasos na detecção de puérperas com depressão o que pode provocar agravamento da condição clínica, ocasionando prejuízos para a mulher. Para Viana *et al* (2020), é importante que o enfermeiro aborde o tema de Depressão pós-parto durante o pré-natal, buscando identificar os fatores de risco. Para Silva *et al.* (2020), as ações/intervenções desenvolvidas pelas enfermeiras são: identificar sinais e sintomas da depressão puerperal; realizar consulta de pré-natal; realizar educação em saúde; incentivar o parto normal; apoiar condições psicológicas; encaminhar para serviço especializado.

Segundo Coutinho *et al.* (2019), é importante que o enfermeiro juntamente à equipe multiprofissional possa estruturar barreiras mais fortes para prevenir a Depressão Pós-Parto, priorizando mais o olhar holístico e incluindo a família em seu plano de ações, pois o apoio familiar é fundamental. A privação da mãe, dificuldade de amamentação, dificuldade financeira, falta de apoio do cônjuge e/ou familiares, todos esses fatores podem levar a puérpera à podem ocasionar a depressão pós-parto (ARRUDA *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

A detecção precoce da depressão gestacional e puerperal é de extrema importância e muitas vezes a mesma pode ser prevenida através de conversas do profissional com a gestante sobre o assunto durante a consulta de enfermagem e pré-natal.

Foi observado em vários estudos, que o enfermeiro possui pouco conhecimento sobre o assunto, muitos não sabiam identificar os sinais e sintomas da DPP, não sabiam que existiam métodos de prevenção como grupos de gestantes, educação da gestante sobre DPP, e programas que visam promover e prevenir a DPP.

Existe uma grande necessidade de investimentos em educação permanente e continuada para os profissionais das ESF uma vez que são eles a porta de entrada para qualquer gestante e puérpera, são eles que estão na linha de frente para identificar e tomar as ações necessárias.

O enfermeiro tem papel muito importante na detecção de Depressão pós-parto, pois é ele quem realiza o pré-natal/consulta de enfermagem e é o profissional que gerencia as unidades de saúde. Por este motivo sugerimos que as instituições invistam no treinamento e educação destes profissionais, para assim prestarem assistência de modo integral as gestantes e puérperas que apresentam sinais e sintomas de depressão gestacional/puerperal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRUDA, T.A. *et al.* O papel do enfermeiro no cuidado à mulher com depressão puerperal. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 2, p. 6, 1275, 2019.
- CLARO, J.G. Assistência de enfermagem na depressão pós-parto. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em enfermagem) – Anhaguera, 2019.
- COUTINHO, L.A. *et al.* O enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto: revisão integrativa. *Revista da FAESF*, v. 3, p 17, 2019.
- FÉLIX, T. A. *et al.* Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura, *Revista Eletronica Trimestral De enfermária*, nº29, janeiro 2013.
- GONÇALVES, C.L.S. *et al.* Conhecimento de profissionais da estratégia saúde da família acerca da depressão pós-parto. *Research Society and Development*, v. 9, e337973842, 2020
- MACHADO, I.P. Atuação do enfermeiro na depressão pós-parto: uma revisão narrativa. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019.
- OLIVEIRA, A.M. *et al.* Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto. *Journal Nurse Health*. 2016;1(1):17-26.
- RANG, H. P. *et al.* *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- SANTANA, E.A.S. *et al.* Puérperas com risco para depressão pós-parto e a adoção de condutas de enfermagem. *Temas em saúde*, v. 19, n. 6. João Pessoa, 2019.
- SCHARDOSIM, J.M & HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Revista Gaucha de Enfermagem.*, Porto Alegre (RS), março, 2011.
- SILVA, J.F. *et al.* Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal. *Revista enfermagem UFPE online*. 2020;14:e245024.
- SOUZA, K.L.C. *et al.* Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da Depressão puerperal. *Revista enfermagem UFPE online.*, Recife, 12(11):2933-43, nov., 2018.
- SILVA, D.M.S & RODRIGUES, F.C.M. A importância do cuidado de enfermagem na depressão pós-parto. 2019. 15f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.
- VALENÇA, C. N & GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 129-139, abr./jun. 2010.
- VIANA, M.D.Z.S. *et al.* Estratégias de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto. 2020 jan/dez; 12:953-957.
- XAVIER J.B & VALE J.S. Depressão pós-parto: atuação da enfermagem na prevenção. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em enfermagem). FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE, 2019.

5

BENEFÍCIOS DO PARTO NORMAL FRENTE A CESÁREA E SUA INFLUÊNCIA NO ESTADO DE GOIÁS

FILIAÇÃO

¹ Discente de Medicina, Universidade de Rio Verde, Goianésia/GO.

² Enfermeira coordenadora do Núcleo de Educação Permanente e Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Goianésia/GO.

³ Docente de Medicina, Universidade de Rio Verde, Goianésia/GO.

AUTORES

AMANDA CAROLINA MELO GONÇALVES¹

DJONATHAN DANIEL FRANKE¹

ELIANA ALMEIDA NAVES VELOSO¹

KAROLINNE DORNELES DIAS¹

RAFAEL SALLES MELO GONÇALVES¹

THALLITA DE FREITAS RAMOS²

EVILANNA LIMA ARRUDA³

Palavras-chave: Mulher; Parto Cesáreo; Parto Normal.

INTRODUÇÃO

A gestação representa uma situação fisiológica que prepara o corpo da mulher e, na maioria das vezes, o torna apto a dar à luz (AYRES *et al.*, 2018). No entanto, a partir de meados do século XX, o Brasil passou por um intenso processo de hipermedicalização do parto, começando então a tratar este ato como um evento hospitalar e cirúrgico (MEDEIROS *et al.*, 2019). Este processo ocorreu por diversos fatores, tais como a propagação de informações duvidosas com poucas evidências científicas concretas sobre possíveis vantagens da cesariana, as mudanças culturais de um país em ascensão que segue padrões internacionais, a busca por compreender melhor o processo de parto/gestação, trazendo-o para dentro dos hospitais, e os altos índices de morbimortalidade materna e neonatal relacionados à falta de acesso aos anteparos médico-farmacológicos das puérperas que viviam em áreas mais remotas, entre outros (AYRES *et al.*, 2018; PICHETH *et al.*, 2018; MEDEIROS *et al.*, 2019).

Ademais, estudos como os de Friedman em 1955 foram a base para algumas das mudanças comportamentais vistas nas condutas médico-assistencialistas da época, uma vez que padronizaram o processo de parto (os padrões de dilatação e seus tempos de duração, assim como seu relacionamento às distocias), de modo que tudo aquilo que fugia à isto tornava-se claramente uma indicação de cesariana. Por conseguinte, todo esse mecanismo que trouxe o parto para os hospitais e o inseriu em meio às tecnologias hospitalares vigentes na época, tornou a cesárea também como um mecanismo de ascensão social para muitas famílias (PICHETH *et al.*, 2018).

Sabe-se que boas práticas no momento do parto e até mesmo no pré-parto diminuem drasticamente a morbimortalidade materna, fetal e neonatal, enquanto intervenções como a posição supina, o uso de ocitocina/cateter intravenoso e a pressão no fundo do útero, quando utilizadas sem necessidade podem trazer mais danos à saúde do que benefícios (AYRES *et al.*, 2018). Além disso, a cesariana eletiva sem indicação clínica aumenta a necessidade de intervenções como transfusão sanguínea, histerectomia, internação em unidade de tratamento intensivo (UTI) e gera piores desfechos neonatais (ENTRINGER *et al.*, 2018). Contudo, não se identifica como consequência do modelo tecnocrático apenas o processo de perda do protagonismo feminino no parto (DA SILVA *et al.*, 2018), como projeta-se substancialmente um aumento dos custos onerados aos sistemas de saúde. Isso porque além de representar um sistema consumidor de aparelhagens e técnicas mais caras, a hipermedicalização também aumenta o tempo de hospitalização e da quantidade de procedimentos nas mães e neonatos (ENTRINGER *et al.*, 2018).

Por notar-se, dentre outros fatores, que o país vive o que pode ser chamado de “epidemia” de cesáreas, a Fundação Oswaldo Cruz coordenou, entre os anos de 2011 e 2012, a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” (LEAL *et al.*, 2012). Este estudo pode ser considerado o *turning point* da criação de diversas políticas federais, estaduais e municipais de incentivo ao parto normal e à diminuição de condutas intervencionistas, uma vez que demonstrou o quão caótico é o modelo atual de assistência ao parto e puerpério. Sendo assim, projetos como a criação da Rede Cegonha (CARVALHO *et al.*, 2015), ampliação de uma equipe multiprofissional no periparto com uma maior abordagem de enfermeiras obstétricas e obstetrias, produção de um plano de parto pelas gestantes e profissionais de saúde que a acompanham (MEDEIROS *et al.*, 2019) e protagonização da mulher como principal atuante do processo de parto (DA SILVA *et al.*, 2018), passaram a ser difundidos consideravelmente. Desse modo, este trabalho objetiva explicitar melhor os benefícios do parto normal e demonstrar o quão preocupante é a prevalência de cesáreas no estado de Goiás.

MÉTODO

Nesta revisão de literatura, foram pesquisados artigos científicos dos anos de 2005 até 2020, através das plataformas PubMed e SciELO, utilizando-se os descritores no DeCS "parto normal" e "saúde da mulher". Foram encontrados no total 827 resultados, destes, apenas aqueles publicados entre 2015 e 2020 foram utilizados como base para dados estatísticos atualizados, e aqueles publicados entre 2005 e 2014 como base para embasamento teórico. Foram selecionados para a revisão apenas artigos em português publicados entre os anos de 2006 a 2020, além de aqueles em espanhol e inglês que apresentavam conteúdo de maior interesse para a revisão, totalizando 15 artigos escolhidos. Ademais, utilizou-se também dados estatísticos disponíveis na plataforma DATASUS – Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os objetivos dos estudos, apesar do parto cesáreo se tornar erroneamente sinônimo de qualidade assistencial de saúde – pelo custo expressivo agregado –, visam o crescimento destas cirurgias, por vezes desnecessárias, que induzem um pré-natal falho comparado a indicação do parto natural. Sendo assim, o processo normal de parturição, posiciona-se vantajosa

em detrimento ao cirúrgico, nos quais, pela revisão sistemática, destaca a própria contratilidade fisiológica uterina, tanto para iniciar o trabalho de parto e atuar na homeostasia/miotamponamento do puerpério (imediate ou não), quanto para inibir contrações em casos de partos prematuros.

A proximidade e ao toque pele a pele do binômio, logo no primeiro momento de nascimento, denominada *imprinting*, mantém o neonato aquecido por meio do calor do corpo da mãe, o que evita a hipotermia, auxilia na adaptação da transição fetal-neonatal e favorece a colonização do intestino do recém-nascido (RN) por microrganismos da flora cutânea materna, conferindo maior imunidade a este (D'ARTIBALE & BERCINI, 2014), e ainda influencia em processos posteriores, como a amamentação, ocasionando no desfecho intenso e marcante do bem-estar materno e neonatal. No entanto, quando se trata do parto cesáreo percebe-se uma dificuldade em promover essa prática, já que a mulher, até então, está sob efeito da anestesia, fato que impede a movimentação adequada de seus braços, logo, limita o contato da díade (VIEIRA *et al.*, 2010).

Dentre vários benefícios, o parto vaginal proporciona melhor saúde à criança e à mulher, já que a amamentação, ainda na sala de parto, possibilita ao RN uma adequada adaptação da vida extrauterina, a regulação glicêmica, cardiorrespiratória e térmica (ESTEVES *et al.*, 2014). A sucção precoce, principalmente para as mães, estimula a hipófise na produção de ocitocina e prolactina, aumentando a produção de leite pelo organismo (MONTEIRO *et al.*, 2006), ou seja, considera-se o parto vaginal como um fator de proteção, no qual a mulher é capaz de participar de forma mais ativa e tem maior possibilidade de manter o recém nato em contato direto com seu corpo, reconhecendo no lactente sinais de estar pronto para a amamentação (ESTEVES *et al.*, 2014, 2015).

Ademais, o parto normal representa a profunda vivência materno-fetal pela percepção de bons sentimentos, de superação tocofóbica, evidencia sua autonomia e rompe a ambivalência das emoções, visto que as mulheres enfrentam o parto normal como um desafio (ZUGAIB *et al.*, 2016). Normalmente os seus maiores receios estão respaldados como injúrias cometidas nas genitálias e lesões tocotraumáticas.

No que tange à cesárea, observa-se efeitos benéficos como redução da morbimortalidade quando há fundamento clínico devidamente diagnosticado, exemplo: quando a paciente tem correção de fístula urogenital, caso contrário, pode se expressar negativamente ao conceito saúde. Entretanto, essa também se associa risco de morte pelas complicações trombolíticas e infecção puerperal, retardo na recuperação puerperal, maior tempo de internação, início tardio da amamentação e elevação de gastos para o sistema de saúde (MANDARINO *et al.*, 2009), bem como priva ambas as partes do *imprinting*, influenciando negativamente na apojadura e aumentando o risco para depressão pós-parto (DPP). Assim, no que se refere ao parto normal, tem-se que este é um grande fator de proteção para o desenvolvimento de DPP (URDANETA *et al.*, 2011).

Estatísticas no estado de Goiás

Conforme consulta de dados extraído do DATASUS, no período entre 2015 a 2018, o número de partos notificados de nascidos vivos no estado de Goiás, foi um total de 735.236, nos quais 504.826 classificados em parto cesáreo, sendo que 261.740 contados segundo o local de residência da mãe e 243.086 contados segundo o local de ocorrência do nascimento. Já, em relação aos partos vaginais, registrou-se o número de 230.410, nos quais 130.493 foram contados segundo o local de residência da mãe e 99.917 contados segundo o local de ocorrência do nascimento. Esses números demonstram que o parto vaginal está aquém (54,35%) em prática comparado ao parto cirúrgico (Tabela 1).

Tabela 1. Nascidos vivos - Goiás

Local	Parto normal	Parto cesáreo
Ocorrência do nascimento	99.917	243.086
Residência da mãe	130.493	261.740
Total	230.410	504.826

Fonte: DATASUS, 2020.

CONCLUSÃO

Portanto, os benefícios do parto normal são evidentes na saúde da mulher, uma vez que o contato pele a pele, logo após o nascimento, denominado *imprinting*, intensifica a relação entre mãe e filho, reduzindo transtornos e rejeição por parte da genitora, e até mesmo contribuindo para a resistência imunológica no neonato. Além disso, destaca-se a rápida regressão do corpo da mulher em detrimento da naturalidade do ato, tendo como exemplo a contratilidade uterina, a qual é vinculada com a homeostasia/miotamponamento e a produção de hormônios relacionados com a amamentação, evitando assim, complicações observadas nas cesáreas. Com isso, verifica-se a ativação da puérpera e a superação das emoções que envolvem a apojadura natural.

No entanto, apesar das vantagens do parto natural, observa-se que o parto cirúrgico é prevalente no ambiente médico, por ser mais cômodo, prático e ágil para os profissionais envolvidos, sendo também, muito utilizado em situações que oferecem riscos materno ou fetal. Ademais, cita-se a inativação da mulher no procedimento, o que corrobora com a falta do primeiro toque entre a lactante e o lactente e o retardo na recuperação, favorecendo destarte, os casos de DPP.

Dessa forma, apesar de todos os detalhes relatados, torna-se notória a prevalência de partos cesáreos em relação aos partos normais no Estado de Goiás, sendo possível observar que, devido à falta de engajamento da equipe médica e a má remuneração, há, hodiernamente, um despreparo para realização do parto humanizado, fazendo com que os profissionais da saúde, em suma, optem pelas cesarianas. Logo, a hipermedicalização do parto faz com que alguns proveitos sejam deixados de lado, na saúde da mulher, e a ação fisiológica, seja substituída pela comodidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, L.F.A. *et al.* A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3525, 2018.
- BRASIL - DATASUS. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>. Acesso em: 20 out. 2020.
- CARVALHO, E.M.P. *et al.* Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, p. 889, 2015.
- D'ARTIBALE, E.F. & BERCINI, L.O. A prática do quarto passo da iniciativa hospital amigo da criança. *Escola Anna Nery*, v. 18, p. 356, 2014.
- DA SILVA, R.C.F. *et al.* Satisfação no parto normal: encontro consigo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 39, e20170218, 2018.
- ENTRINGER, A.P. *et al.* Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, e00022517, 2018.
- ESTEVES, T.M.B. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, p. 697, 2014.
- ESTEVES, T.M.B. *et al.* Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, p. 2390, 2015.
- FRIEDMAN E.A. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol* 1955; 6: 567-89.
- LEAL, M.C. *et al.* Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.
- MANDARINO, N.R. *et al.* Aspects related to choice of type of delivery: a comparative study of two maternity hospitals in São Luís, State of Maranhão, Brazil. *Cadernos de saúde pública*, v. 25, p. 1587, 2009.
- MEDEIROS, R.M.K. *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, e20180233, 2019.
- MONTEIRO, J.C.S. *et al.* Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, p. 427, 2006.
- PICHETH, S.F. *et al.* A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, p. 1063, 2018.
- URDANETA, J. *et al.* Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, v. 76, n. 2, p. 102-112, 2011.
- VIEIRA, F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Escola Anna Nery*, v. 14, p. 83, 2010.
- ZUGAIB, M. *Obstetrícia*. 3ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016 e alterações.

6

A ATUAÇÃO DO (A) ENFERMEIRO (A) OBSTETRA NA DIMINUIÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

FILIAÇÃO

- ¹ Graduandos de Enfermagem da Faculdade Pitágoras – ICF, Teresina/PI.
- ² Graduandos de Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí- UFPI, Teresina-PI.
- ³ Graduandos de enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.
- ⁴ Graduando de enfermagem pelo centro universitário UNIFACID-WYDEN, Teresina- PI
- ⁵ Graduanda de Enfermagem pela faculdade Estácio, Teresina-PI.
- ⁶ Enfermeira, pós graduanda pela UFPI, Teresina-PI.
- ⁷ Mestre em filosofia pela Universidade Federal do Piauí- UFPI, Teresina-PI.

AUTORES

ANA CLARA MONTEIRO IBIAPINA¹
CAMYLLA BRUNA MEDINA LIMA¹
CARLOS HENRIQUE NUNES PIRES¹
ANDRÉ FELIPE DE CASTRO PEREIRA CHAVES²
ELEN CRISTINA DA COSTA LEITE SOUSA²
ELLEN EDUARDA SANTOS RIBEIRO²
EMANUEL LOUREIRO LIMA³
JOÃO ALEXANDRE DA SILVA NETO³
JOÃO VICTOR DE CASTRO LIMA³
RENAN RODRIGUES FERREIRA LIMA⁴
ROSANA SEREJO DOS SANTOS⁵
LIDIANE PAIVA DIAS⁶
LORENA MARIA DE MOURA SANTOS⁷

Palavras-chave: Violência obstétrica; Parto humanizado; Enfermeira obstetra.

INTRODUÇÃO

Atualmente vive-se um impasse no que tange a assistência a mulheres no momento da parturição. Com o passar dos anos, o parto deixou de ser realizado por parteiras no ambiente domiciliar, e passou a ser institucionalizado e biomedicista, marcado por constantes medicalizações e técnicas. A mudança trouxe uma aparente segurança, uma vez que diminuiria o risco de infecção dentre outros fatores que acometiam a saúde da mulher e neonato. No entanto, insegurança é o sentimento que acompanha a maioria das gestantes nas maternidades, quando sofrem a violência obstétrica, que tem contribuído cada vez mais para o aumento de taxas de cesáreas e o alto índice de morbimortalidade materna e perinatal, tornando um evento fisiológico em um grave problema de saúde pública.

Volta-se, então, a falar de um parto natural e humanizado, tendo a mulher como protagonista e a possibilidade de seus próprios lares serem cenário do nascimento. Além disso, compreende-se a figura de outros profissionais não médicos como importantes nesse momento, tais como o

enfermeiro, que além de possuir uma formação holística, é reconhecido legalmente habilitado pela lei do exercício profissional da enfermagem (BRASIL, 1986) a assistir gestações de baixo risco e partos sem distócias. Ademais, desde 1998, o Ministério da Saúde vem qualificando o enfermeiro através de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, para sua inserção na assistência ao parto normal a fim de humanizá-lo.

Considerando que a qualificação e humanização são características essenciais da atenção obstétrica, este estudo justifica-se pela importância de produções científicas, que afirmem a figura do enfermeiro obstetra como um dos profissionais mais apropriados para o acompanhamento da gestação e partos normais de baixo risco. A atuação do enfermeiro obstetra na humanização do parto e diminuição da violência obstetra é, portanto, tema de relevância para a política pública de saúde da mulher e da criança, bem como para a formação dos profissionais e gestores de saúde, tendo em vista a necessidade de mudanças nas práticas assistenciais vigentes e do sistema institucional de atenção ao parto e ao nascimento, que favorece o tecnicismo e a hegemonia médica.

Diante desse contexto e frente à complexidade da problemática de interesse, emergiu a seguinte questão norteadora: “Quais as evidências científicas da importância do enfermeiro obstetra frente à diminuição da violência obstétrica?”, considerando que o interesse da medicina pela área, a falta de enfermeiros obstetras nos serviços, a ausência de autonomia destes e a própria formação dos profissionais, favorecem um modelo de assistência intervencionista e violento, os enfermeiros precisam se colocar como protagonistas do processo, acreditando nas suas capacidades de humanizar a assistência, apostando nas tecnologias do cuidado pautadas na singularidade de cada mulher e gestação.

Portanto, o objetivo desta pesquisa consistiu em investigar na literatura a atuação do enfermeiro obstetra na diminuição da violência obstetra, fazendo uma análise crítica do panorama histórico do parto no Brasil ao longo do tempo até o cenário atual, destacando os principais marcos desta trajetória. Descrever o conceito de violência obstétrica e conhecer as variadas formas de violação dos direitos das mulheres na assistência ao parto e ao nascimento. Por fim, compreender a importância do enfermeiro obstetra para uma assistência humanizada ao parto e as diversas formas como ele pode atuar.

MÉTODO

No que se refere aos aspectos metodológicos, a pesquisa foi de abordagem qualitativa e descritiva e quanto aos procedimentos, revisão bibliográfica ou método de revisão integrativa da literatura. Os dados foram coletados nas bases de dados SciELO, BDENF, LILACS e MEDLINE. Para o levantamento do estudo e ampliação da busca foram utilizados os seguintes descritores: Violência obstetra, Enfermeira obstetra e Parto Humanizado.

A seleção dos artigos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos *online* disponíveis na íntegra, monografias e dissertações que abordassem o tema atuação do enfermeiro obstetra na diminuição da violência obstétrica, em língua portuguesa, com recorte temporal de 2005 a 2020. Como critérios de exclusão optou-se por livros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Panorama histórico do parto no Brasil até o cenário atual

Historicamente a assistência ao parto era exclusivamente feminina, as parteiras por meio do conhecimento empírico adquirido pela observação ao longo do tempo trocavam experiências sobre a assistência ao parto com outras mulheres da família, tais como a mãe da parturiente, e contavam com a ajuda das mesmas para a parturição. Portanto, os médicos não conheciam muito sobre o parto na época e a classe médica era acionada apenas em casos de urgências. Mesmo assim, as mulheres eram detentoras das decisões (VENDRÚSCOLO & KRUEL, 2016).

O surgimento do fórceps, um instrumento cirúrgico semelhante às pinças, foi um marco importante nos meados dos séculos XVI e XVII, pois resolveu muitas situações que punham em risco a vida dos recém-natos e das mães. Com isso as parteiras foram perdendo autonomia, e aos poucos, com a figura do cirurgião, foram desapropriadas dos seus saberes e de suas funções de assistirem os partos (VENDRÚSCOLO & KRUEL, 2016).

Ainda entre os séculos XVI e XVII ocorreu o período da caça às bruxas, que de acordo com Bárbara Lemos Corrêa Gomes (2017), foi um movimento de depreciação da figura feminina. Teve início com a criação do *Malleus Maleficarum* (Martelo das Bruxas) na Idade Média, um manual no qual descrevia os métodos para identificar e punir os hereges, ato que teve consequências duradouras que refletem até hoje. As mulheres que atuavam como cuidadoras e curandeiras foram excluídas do exercício sob denúncias de feitiçaria, práticas consideradas demoníacas e, portanto, heréticas.

Segundo a autora, a regularização da profissão da medicina, atividade restrita aos homens dada as circunstâncias do período em questão, foi outro fator que contribuiu para que as mulheres que detinham conhecimentos sobre cura e corpo humano, inclusive as parteiras, fossem dignas de condenação. Portanto, a partir dali a medicina sem autorização e devida qualificação seria condenada.

No final do século XIX, na obstetrícia inicia-se o processo de transformação do parto de um evento fisiológico para um método, um saber médico. Foi intensificada a hospitalização do parto, inserido a figura de vários profissionais e diversos procedimentos para assegurar a “qualidade” do processo, uma vez que agora as complicações eram vistas como regra e não exceções (ZANARDO *et al.*, 2017). Assim sendo, as mulheres passaram a permanecer internadas em quartos coletivos, sem privacidade, tornaram-se passivas diante das regras e foram privadas da presença de uma pessoa de sua confiança no momento da parturição (VENDRÚSCOLO & KRUEL, 2016).

Na década de 1980, surgiu um movimento social pela humanização do parto e do nascimento, trazendo as propostas do Ministério da Saúde (MS), que estimulavam, dentre outras coisas, o parto vaginal e a presença de acompanhante durante o processo. Além disso, recomendava a atuação de enfermeiras obstetras e a inclusão de parteiras no sistema de saúde em situações de ausência da rede hospitalar (ZANARDO *et al.*, 2017). A portaria nº 985/99 do MS, resolve criar o CPN (Centro de Parto Normal) no âmbito do SUS, para prestar atendimento humanizado à mulher no período gravídico-puerperal no parto normal sem distorcias (BRASIL, 1999).

No final do século XX, também cresce o movimento da Medicina Baseada em Evidências. O movimento pela humanização do parto incorporou os achados da medicina baseada em evidências para fortalecer sua crítica em relação ao método tradicional, tecnicista e roteirizado utilizado. Com isso, legitimou o movimento como um modelo a ser preconizado que, além de resgatar o parto como

um evento fisiológico, também busca empoderar as mulheres no sentido de conhecerem os seus corpos, conhecerem o processo do parto e os seus direitos, reafirmando a capacidade delas de parirem com auxílio de outras mulheres, tais como enfermeiras, obstetrias e doulas (ZANARDO *et al.*, 2017).

Em junho de 2000, considerando as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal e a necessidade de aprimorar as medidas já adotadas pelo MS, é instituído no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que institui em seus princípios e diretrizes, que toda gestante tem direito a acesso digno e de qualidade, de saber e de conhecer a maternidade em que será atendida no momento do parto e, dentre outras coisas, o direito à assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2000)

Em 2005, a lei 11.108/2005 regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós parto imediato, considerando o Programa de Humanização e as evidências científicas dos benefícios do acompanhante para a parturiente. Mais recentemente, em 2011, o MS lança a Rede Cegonha como uma estratégia para proporcionar às mulheres maior qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Mesmo com todo esse amparado legal, observa-se que atualmente o modelo de assistência ao parto no Brasil ainda é caracterizado por excesso de intervenção médica, o que tem contribuído cada vez mais para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal (MOURA *et al.*, 2007).

Segundo Rezende (2014), o primeiro país latino-americano a reconhecer legalmente a “violência obstétrica” (VO) foi a Argentina em 2004, através da Ley 25.929, também conhecida como Ley de Parto Humanizado. Esta lei determina que a mulher tenha direito a estar acompanhada, a ser informada acerca das intervenções e a um parto que respeite seu tempo biológico e psicológico, evitando-se ao máximo qualquer tipo de prática invasiva e fornecimento de medicação desnecessária. Outro país que já possui legislação relacionada a esse tema é a Venezuela, que tipificou a VO como delito, ao sancionar a “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, em 2007. Entretanto, ainda não há no Brasil uma lei específica que reconheça a VO como uma violação dos direitos das mulheres.

Dentro desse contexto, o enfermeiro vem sendo reconhecido pelo MS como uma ferramenta indispensável para a humanização da assistência ao parto, com uso de tecnologias adequadas com base em evidências científicas, a fim de que sejam respeitados os desejos das mulheres e não lhes cause traumas físicos e emocionais.

Conceito de violência obstétrica e as variadas formas de violação

É importante conceituar e caracterizar a VO, uma vez que os profissionais da saúde têm dificuldade de se identificarem como causadores de VO em suas diferentes formas de violações. Consideram tais atos violentos como justificáveis e necessários, realizados para o bem da mãe e do bebê.

Além disso, muitas mulheres não sabem distinguir se foram vítimas de VO ou não, isso pode se dar pela fragilidade física e emocional que o momento acarreta, pela ideia construída sobre um bom parto como rápido e com o bebê saudável e pela própria euforia e realização de ter o bebê nos braços sem maiores complicações. Tudo isso pode diluir as agressões e dar uma falsa sensação de que tudo ocorreu bem.

O conceito sobre violência obstétrica é reconhecido como questão de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2014, através da declaração intitulada: Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde (OMS, 2014). A OMS tipifica as formas de VO em:

[...] 1 – intervenções e medicalização rotineira e desnecessária (sobre a mãe ou o bebê); 2 – abuso, humilhação e agressão verbal ou física; 3 – falta de insumos e instalações inadequadas; 4 – práticas realizadas por residentes e profissionais sem a permissão da mãe, após informações completas, verídicas e suficientes; 5 – discriminação por motivos culturais, econômicos, religiosos e étnicos (JARDIM & MODEMA, 2018, p. 8).

A própria formação dos profissionais de saúde em especial dos médicos, contribui para uma assistência antiquada, voltada para a medicina centrada na patologia, desconsiderando as atualizações baseadas em evidências científicas do tema. Também os corpos das mulheres são utilizados como instrumento de práticas para residentes, utilizam-nos para treinamento de procedimentos como a episiotomia, a utilização do fórceps e a própria cesariana. A exposição dessa mulher a várias pessoas desconhecidas em um momento muito íntimo é constrangedora.

Jéssica Souza Pereira *et al.* (2016) consideram como principais formas de violência na obstetrícia as expressas em:

Indução à tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); lavagem intestinal; exame de toque vaginal (realizado várias vezes e por profissionais diferentes); imobilização; posição horizontal durante o trabalho de parto; utilização do soro com o objetivo de puncionar a veia para facilitar a posterior administração de medicamentos; administração de ocitocina, realizada para acelerar o trabalho de parto; episiotomia (incisão cirúrgica na vulva, para diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto e ajudar na saída do bebê) (PEREIRA *et al.*, 2016, p. 2).

A manobra de Kristeller, embora proscrita, ainda é realizada com frequência na assistência ao parto. Consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero para acelerar a expulsão do bebê e pode trazer prejuízo para a mãe e o filho, tais como fratura de costelas e descolamento de placenta na mulher e traumas encefálicos no recém-nato. Outras intervenções inapropriadas como imposição da posição ginecológica e comandos de puxo também são observadas (PEREIRA *et al.*, 2016).

A assistência obstétrica no Brasil é marcada por sua alta prevalência de cesarianas. O parto cesáreo, quando clinicamente indicado, pode salvar a vida de muitas mães e bebês, no entanto, o uso indiscriminado pode acarretar danos e aumentar o risco de complicações, por isso alguns autores consideram a cesariana sem avaliação criteriosa e evidências científicas como um tipo de violência obstétrica.

Um estudo que avalia os discursos de mulheres, enfermeiras e médicos sobre violência obstétrica, ressalta a VO verbal como um dos principais tipos, os profissionais se irritam com os gritos de dor e até mesmo com a fraqueza das parturientes quando não conseguem fazer força mesmo já no período de expulsão. O trabalho de parto é acelerado com intervenções desnecessárias para que os profissionais tenham mais tempo de descansar (OLIVEIRA & PENNA, 2017)

Diante deste cenário, se faz necessária a mudança de concepção de parto saudável, a inserção de uma figura profissional que seja habilitada a um olhar holístico e humanitário ao nascimento, de

uma mulher empoderada que tenha conhecimento das suas capacidades de parir e dos seus direitos como cidadã e cliente do serviço de saúde.

A importância do enfermeiro obstetra para uma assistência humanizada ao parto e como ele pode atuar

Para o bom desenvolvimento do parto é necessário o bem estar físico e emocional da mulher, é importante garantir a privacidade, a segurança, o conforto e o apoio emocional familiar neste momento, para tornar o nascimento em um momento único e especial. Os enfermeiros têm sido cada vez mais vistos como os profissionais mais adequados para promover essa humanização ao parto, decorrente de sua formação holística e atuação voltada à subjetividade humana.

O conceito de humanização do parto é bastante diversificado. De uma forma mais ampla é reconhecido como uma postura profissional e institucional de respeito à natureza humana e a fisiologia do nascimento. É um movimento que visa fortalecer uma assistência centrada na individualidade da mulher e na sua participação ativa em todo processo de parturição, seja nos centros de partos ou nas maternidades (GOMES *et al.*, 2014).

Na percepção das enfermeiras obstétricas, humanizar é um movimento que se iniciou como iniciativa ministerial para reduzir a taxa de cesarianas e mortalidade, mas que vai muito além que isso. Consiste na mudança de paradigmas, tais como gravidez vista como doença e médico como o profissional que rege o parto. Entendem o resgate do parto natural, respeitando o tempo de cada mulher, suas movimentações e expressões, oferecendo um ambiente calmo e medidas de conforto tais como banho e ingestão de líquidos, orientando o acompanhante de escolha a tranquilizá-la e desmedicalizando a assistência (CASTRO & CLAPIS, 2005). Um parto humanizado nem sempre é um parto sem dor, mas o que assiste a mulher integralmente, entendendo que é a separação de dois corpos, a transição de uma vida à outra.

A iniciativa do MS de incluir o parto normal assistido por enfermeiros na tabela de pagamento do SUS em 1998 reconhece a inclusão desses profissionais na humanização dos serviços, na redução de intervenções desnecessárias e partos cesáreos e conseqüentemente na diminuição do alto índice de morbimortalidade materna e perinatal. Além disso, desde 1980 foram criadas portarias que estimulam a criação de centros de parto normal com a atuação do enfermeiro obstetra e programas para humanizar o parto nas maternidades públicas (GOMES *et al.*, 2014).

Micheliana Rodrigues Duarte *et al.* (2019) em sua pesquisa: Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: Contribuição para o parto e o nascimento (2019), ressalta que a Enfermagem Obstétrica surge como figura central para promover a humanização da assistência ao parto e nascimento, aplicando as boas práticas em obstetrícia instituídas pelo MS, já que promove ações que remetem ao conceito de tecnologia do cuidado.

Segundo os autores citados anteriormente, “[...] a tecnologia no cuidado está relacionada ao desenvolvimento de práticas do processo de gestar e parir que não sejam invasivas à fisiologia do corpo feminino, à sua mente e privacidade [...]” (DUARTE *et al.*, 2019, p. 3)

Deste modo, o enfermeiro obstetra estabelece um vínculo de confiança com a parturiente que pode iniciar-se desde o pré-natal e desenvolve um parto menos invasivo e com melhores prognósticos, sendo por isso um dos profissionais mais apropriados para o acompanhamento da gestação e partos normais de baixo risco. Estudos realizados na Inglaterra e Estados Unidos apontam que os partos assistidos por enfermeiros obstetras apresentam bebês com melhores índices de apgar (coloração, tônus muscular, esforço respiratório e outros nos primeiros minutos de vida), menores

índices de partos cesáreos, uso de fórceps e medicações, como a de indução do parto (CASTRO & CLAPIS, 2005).

Um estudo realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro constatou que as enfermeiras obstetras ofereceram assistência segura e digna às parturientes dentro do modelo de humanização preconizado pelo ministério da saúde. Foi posto à disposição à presença do acompanhante, o contato pele a pele e o aleitamento na primeira hora de vida, o camplateamento oportuno ou tardio (de um a três minutos ou quando cessar a pulsação) e a posição espontânea do parto. Observou-se que as posições mais adotadas pelas parturientes foram as semi-verticais, lateral e vertical, sendo poucas as que utilizaram a posição de cócoras (RAMOS *et al.*, 2018). É importante salientar que a posição horizontal (de litotomia) não é reconhecida como uma boa prática obstétrica.

Muitas são as estratégias que podem ser utilizadas para favorecer o momento do parto as quais facilmente podem ser desenvolvidas pela enfermagem, tais como: apoio psicológico, ambiente aconchegante, massagens, oferta de líquidos durante o trabalho de parto, deambulação, bola suíça, alívio da dor, livre posição do parto, terapia com música e presença do acompanhante de escolha da mulher.

As tecnologias utilizadas pelas enfermeiras obstétricas durante o trabalho de parto podem favorecer a autonomia das mulheres, porém, não devem ser ofertadas como uma ação impositiva, mas como opção de cuidado. Diz ainda, que tais práticas favorecem a autonomia da enfermeira, evidenciando sua importância para a garantia de um cuidado holístico, centrado na singularidade da mulher (DUARTE *et al.*, 2019).

Com relação aos fatores dificultadores da implementação dessa assistência, sabe-se que os enfermeiros enfrentam muitas barreiras, mas acreditam fazer o que podem, ou seja, oferecem apoio e orientam e, quando podem, permitem a presença do acompanhante, mesmo sendo moldadas por uma norma institucional pré-estabelecidas e muitas vezes em uma hierarquia de saberes, onde o médico manda o que fazer ou desfaz o que é feito por eles (CASTRO & CLAPIS, 2005).

Assim, a figura do profissional enfermeiro como cuidador que percebe o ser de forma individual e empática, que auxilia a mulher a reconhecer sua força e a ser a protagonista do seu parto, deve ser cada vez mais enaltecida e reconhecida. A enfermagem como profissão humana do cuidado deve impor sua importância como uma classe não atrelada ao modelo médico, um ofício científico, de disponibilidade, criatividade e humanidade, capaz de humanizar a assistência obstétrica.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu reconhecer as experiências vistas e vivenciadas por estudantes e profissionais da saúde na assistência às mulheres na parturição como de fato um tipo de violência. Embora ainda não reconhecida legalmente no Brasil e não aceita por muitos profissionais, a VO se faz presente no cenário do nascimento quando se observa a objetificação do corpo da mulher, a invisibilidade dela como sujeito de direitos, a não autonomia desta enquanto protagonista do seu corpo e do seu parto.

Possibilitou a percepção do modelo biomédico ainda muito presente no atual panorama do parto, a hierarquia do saber/poder e a não autonomia do enfermeiro obstetra, mesmo este sendo reconhecido atualmente, como o profissional mais apropriado para assistir gestações e partos normais de baixo risco, levando em consideração sua formação holística, suas ações baseadas em

evidências científicas e tecnologias de cuidado, conforme preconizam as boas práticas instituídas pelo MS.

A presente pesquisa conseguiu demonstrar a importância do enfermeiro obstetra na diminuição da violência obstétrica, atuando no processo de gestar e parir de modo que não seja invasivo à fisiologia do corpo feminino e à sua privacidade, isto é, centrando o cuidado na mulher como um todo e não apenas na expulsão do bebê. Faz-se com musicoterapia, aromaterapia, massagens, oferta de líquidos, livre movimentação e posição da mulher, penumbra e outros tantos métodos que favorecem o protagonismo da parturiente e um parto respeitoso, o qual o enfermeiro obstetra encontra-se habilitado a fazê-lo.

No entanto, é necessário que mais estudos afirmem a excelência da assistência do enfermeiro obstetra para um parto mais humanizado, divulgando por meio de evidências científicas, para que estes tenham autonomia nas salas de parto, na oferta de novas tecnologias de cuidado, criatividade e humanidade. É preciso que instituições hospitalares, de ensino e pesquisa enfrentem a dicotomia existente do modelo tecnocrata e o modelo humanístico, rediscutindo o que se espera de um bom parto, o papel da mulher e principalmente a função do profissional de saúde na assistência ao parto.

Diante do reconhecimento do enfermeiro obstetra como a figura capaz de humanizar o parto, é preciso maior investimento para aquisição de profissionais qualificados e comprometidos com uma assistência segura, ética, digna, que tenha como objetivo o resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo e a formação de mulheres empoderadas, protagonistas de seus partos e de suas vidas, que reconheçam qualquer tipo de violência, repudiem e informem mais mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Casa civil, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 28 out. 2019.
- BRASIL. Portaria MS/GM nº 985 de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário oficial, 1999. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/>. Acesso em: 11 abr. 2020.
- BRASIL. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000. Disponível em: <https://bvsmg.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- CASTRO, J.C. & CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção de enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 13, p. 960, 2005.
- DUARTE, M.R. *et al.* Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. *Revista Cogitare Enfermagem*, v. 24, e54164, 2019.
- GOMES, A.R.M. *et al.* Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Revista Científica de Enfermagem*, v. 4, p. 23, 2014.
- GOMES, B.L.C. *Malleus Maleficarum: A imagem da mulher no manual da caça as bruxas.* 2017. 20f. Dissertação (Graduação em História) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- JARDIM, D.M.B. & MODEMA, C.M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, e3069, 2018.
- MOURA, F.M.J.S.P. *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, p. 452, 2007.
- OLIVEIRA, V.J. & PENNA, C.M.M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, v. 26, e06500015, 2017.
- PEREIRA, J.S. *et al.* Violência Obstétrica: ofensa à dignidade humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 15, p. 103, 2016.
- RAMOS, W.M.A. *et al.* Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, v. 10, p. 173, 2018.
- REZENDE, C.N.D.V. de. *Violência obstétrica: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecidos legalmente no Brasil.* 2014. 60 f. Dissertação (Bacharelado em Direito) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014.
- VENDRÚSCOLO, C.T. & KRUEL, C.S. A história do parto: do domicílio ao hospital, das parteiras ao médico, de sujeito a objeto. *Revista Disciplinarum Scientia*, v. 16, p. 95, 2015.
- ZANARDO, G.L.P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 29, p. 1, 2017.

7

SÍFILIS CONGÊNITA

FILIAÇÃO

¹ Departamento de Medicina, Universidade Tiradentes, Campus Farolândia, Aracaju, SE.

² Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE.

³ Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto, Lagarto, SE.

⁴ Departamento de Pediatria, Universidade Tiradentes, Aracaju, SE.

AUTORES

ANA CECÍLIA DE MENÊZES NÓBREGA¹

LARISSA DANTAS SOBRAL¹

MARIA ALICE MENEZES MOURA¹

ÍRIS GABRIELA SANTOS TAVARES²

ANNA LILLIAN CANUTO BITTENCOURT³

MAYARA RAQUEL DE JESUS CASTRO¹

MIRELLY GRACE RAMOS CISNEIRO¹

GABRIEL DANTAS LOPES¹

IZAILZA MATOS DANTAS LOPES⁴

Palavras-chave: Sífilis; Sífilis Congênita; Mortalidade.

INTRODUÇÃO

As Infecções sexualmente transmissíveis (IST) constituem, ainda, um grande desafio à saúde pública. Acarretam danos financeiros, sanitários e sociais amplamente prejudiciais às populações acometidas.

Dentre as principais IST, destaca-se a sífilis. Infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que tem o homem como único hospedeiro, transmissor e reservatório. Possui maior incidência em locais de menores condições socioeconômicas, entre indivíduos com menor escolaridade e acesso limitado à saúde (FILGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2012). Considera-se ainda que condições de maior propensão à infecção a coexistência com HIV, uso de drogas, gravidez na adolescência, relação desprotegida e, principalmente, assistência pré-natal ineficiente ou inadequada, já que a doença além da via de transmissão sexual, possui o mecanismo de transmissão hematogênico transplacentário ou também, mais raramente, pode haver contaminação durante o parto e na amamentação se a genitora tiver lesões sífilíticas no canal de parto ou na aréola.

Entretanto, se a grávida for adequadamente tratada, a transmissão vertical acontece apenas em 1 a 2%, enquanto naquelas não tratadas ou inadequadamente tratadas a transmissão ocorre em 70 a 100% das gestações. É gerada, nestes casos, resposta infamatória sistêmica com infiltração placentária, levando à diminuição do fluxo sanguíneo ao feto e provocando restrição do crescimento que, quando grave, pode levar ao óbito fetal.

A sífilis congênita (SC) é, portanto, prevenível através de diagnóstico precoce e tratamento de sífilis nas gestantes e suas parcerias sexuais. Para isso, a eficácia do pré-natal no sistema de saúde é imprescindível e deve ser preconizado.

Esse capítulo objetiva a abordagem dos aspectos mais relevantes da SC, tal como a discussão das principais medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para combatê-la e suas principais fragilidades para a eliminação da doença.

MÉTODO

Para execução do presente capítulo foi realizada pesquisa explicativa com a finalidade de encontrar as medidas mais eficientes, em saúde pública e suas peculiaridades e fragilidades no combate à sífilis congênita, partindo de uma revisão bibliográfica sobre o tema. Foram utilizados os bancos de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico. A fim de promover seleção das publicações utilizou-se o intervalo de anos entre 1994-2020, os idiomas português, inglês e espanhol e as palavras-chave “sífilis”, “sífilis congênita” e “mortalidade”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que existam um milhão de gestantes complicadas pela sífilis por ano em todo o mundo (WHO, 2014), com mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e risco de morte prematura em mais de 200 mil nascimentos. A maioria dos casos acontece porque a gestante não foi testada durante o planejamento reprodutivo, no pré-natal ou porque recebeu tratamento não adequado para sífilis antes ou durante a gestação.

Diagnóstico

A sífilis em gestantes e a SC são definidas como agravos de notificação compulsória e seu diagnóstico é realizado na atenção básica. A identificação adequada de crianças expostas, porém não infectadas, é tão importante quanto detectar as crianças com SC. Existem nesta rede estratégias como a triagem por meio do *Venereal Disease Research Laboratory Test* (VDRL) e o teste rápido (treponêmico) no primeiro e terceiro trimestres de gestação no pré-natal e na ocasião da internação para o parto ou curetagem. Quando as gestantes apresentam resultado reagente, o controle do tratamento e da cura deve ser realizado mensalmente através do teste não treponêmico, VDRL, por ser quantitativo e qualitativo ele fornece o diagnóstico, é eficaz no seguimento e é utilizado como critério de cura da doença.

Além disso, o VDRL deve ser realizado com um, três, seis, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento laboratorial, mas permanecendo as avaliações clínicas, após dois testes não reagentes consecutivos. A interpretação é feita através da titulação, sendo não reagente ou reagente com um resultado menor, igual ou até uma diluição maior que o materno. Já um título maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:2, RN maior ou igual a 1:8) é indicativo de infecção congênita. No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de SC (BRASIL, 2020).

Caso a criança não tenha sido infectada, é esperado que os resultados dos testes não treponêmicos declinem aos três meses de idade, devendo ser não reagentes aos seis meses, exceto

naquelas crianças que apresentem títulos muito altos ao nascer e estão em seguimento com declínio do VDRL documentado. Esse declínio também é esperado após o tratamento adequado.

Em relação à avaliação inicial da criança exposta à sífilis ou com SC, esta é realizada principalmente na maternidade ou casa de parto e deve-se considerar o histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação, sinais e sintomas clínicos da criança (que na maioria das vezes encontram-se ausentes ou inespecíficos) e teste não treponêmico da criança comparado com o da mãe.

Não existe na literatura atual uma avaliação complementar que determine o diagnóstico da infecção na criança com exatidão. Logo, o diagnóstico baseia-se na combinação da avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial.

Recém-nascidos de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, independentemente do histórico de tratamento materno, deverão realizar teste não treponêmico no sangue periférico. É importante ressaltar que o sangue de cordão umbilical não deve ser utilizado, pois esse tipo de amostra contém uma mistura do sangue da criança com o materno e pode resultar em testes falso-reagentes.

Estudos demonstraram que menos de 30% das crianças com SC têm resultado pareado do teste não treponêmico maior que o materno (RAWSTRON *et al.*, 2001; MORSHED & SINGH, 2015). Sendo assim, é imprescindível que seja feita a realização do seguimento de todas as crianças.

A investigação com exames complementares (Tabela 1) tem como objetivo a identificação das alterações pela liberação do *Treponema pallidum* na circulação fetal, resultando em ampla disseminação das espiroquetas por quase todos os órgãos e sistemas (WOODS, 2005).

Tabela 1. Exames complementares para crianças com sífilis congênita

<i>Exame Complementar</i>	<i>O que avaliar</i>	<i>Quando pedir</i>
Hemograma	Anemia hemolítica com Coombs não reagente no período neonatal ou crônica não hemolítica no período pós-natal; Leucopenia ou leucocitose; Hemólise pode estar acompanhada de crioglobulinemia, formação de complexo imune e macroglobulinemia; Plaquetopenia.	À critério clínico de acordo com as alterações.
Plaquetas	Trombocitopenia	À critério clínico de acordo com as alterações.
Exames para avaliação de função hepática, pancreática, renal e distúrbios eletrolíticos	Aumento das transaminases; Icterícia; Distúrbios hidroeletrólíticos.	À critério clínico de acordo com as alterações.
Líquor (LCR)	VDRL reagente no líquido; Pleocitose; Proteína aumentada.	Deve ser avaliado a cada seis meses nas crianças que apresentaram alteração inicial (neurossífilis), até normalização.
Radiografia de ossos longos	Bandas metafisárias luzentes; Desmineralizações simétricas localizadas e destruição óssea da porção medial da metafise proximal tibial (sinal de Wimberger – diagnóstico diferencial com osteomielite e hiperparatireoidismo neonatal); Serrilhado metafisário (sinal de Wegener); Periostite diafisária com neoformação óssea; Áreas irregulares de aumento de densidade e rarefação.	À critério clínico de acordo com as alterações.

Radiografia de tórax	A descrição clássica é a opacificação completa de ambos os campos pulmonares. No entanto, com o advento da penicilina, é mais comum encontrar infiltrado difuso envolvendo todos os campos pulmonares.	À critério clínico de acordo com as alterações.
Neuroimagem	Realizar neuroimagem nas crianças que apresentem alterações LCR persistentes (VDRL reagente, proteinorraquia ou celularidade), sem outra explicação mais provável.	À critério clínico de acordo com as alterações.

Fonte: BRASIL, 2020.

Quadro clínico

A sífilis manifesta-se na gestante, mais frequentemente, de forma primária ou secundária. Essa primeira constitui uma lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante, com aparecimento entre 10 e 90 dias (média de 21) após o contato sexual infectante. Geralmente aparece nos pequenos lábios vaginais, paredes vaginais, colo uterino e anus. Entretanto, pode passar despercebida pela gestante e tem alto poder de contaminação ressaltando a importância da sorologia durante o pré-natal. Quanto à forma secundária, surge em média de quatro a 10 semanas após aparecimento do cancro duro e cursa com lesões plantares e palmares, alopecia irregular e/ou placas mucosas podendo estar acompanhado, ou não, de febre, mal-estar, cefaleia, mialgia e artralgia. Pode, ainda, cursar com as formas de sífilis terciária, neurosífilis ou sífilis cardiovascular (BROSO *et al.*, 2013; CAMPOS & CAMPOS, 2020).

Quanto ao recém-nascido infectado, a forma clínica encontrada denomina-se sífilis precoce e surge até os dois anos de vida. As principais alterações clínicas são a hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, sofrimento respiratório com sem pneumonia, lesões cutâneas, pseudoparalisia dos membros, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada e outros.

Entretanto, se a sífilis surgir após os dois anos de vida, configurar-se-á como sífilis tardia. Seus principais sintomas são: surdez neurológica e dificuldade no aprendizado, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados, arco palatino elevado e mandíbula curta.

Ressalta-se ainda que a SC não é a única consequência direta da gestante portadora da bactéria. Pode ocorrer aborto espontâneo, prematuridade, morte fetal ou neonatal, além de malformações sistêmicas.

Tratamento

Segundo dados do Ministério da Saúde, apenas 1 a 2% das mulheres são tratadas adequadamente durante a gestação, em comparação com 70 a 100% das gestantes não tratadas. Ainda que o controle da sífilis seja complexo e que impacte gestantes também infectadas, um tratamento adequado é capaz de reduzir drasticamente os casos de SC e suas consequências como o aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas. É importante lembrar que as parceiras sexuais devem ser tratadas, independentemente dos sinais e sintomas e mesmo com teste treponêmico não reagente, contudo, não entram nos critérios epidemiológicos da sífilis congênita. O diagnóstico é realizado através do teste não treponêmico, o VDRL (BRASIL, 2017).

Como já foi mencionado, é esperado que os testes não treponêmicos das crianças declinem aos três meses de idade, devendo ser não reagentes aos seis meses. A falha no tratamento em prevenir a ocorrência de SC é através da persistência da titulação reagente do teste não treponêmico aos seis meses de idade e/ou aumento nos títulos em duas diluições no seguimento. Vale ressaltar que a resposta ao tratamento pode ser mais lenta nas crianças tratadas após um mês de idade. O padrão-ouro para diagnosticar e tratar a criança portadora de sífilis congênita é logo ao nascer, ainda na maternidade.

O tratamento se dá com o medicamento benzilpenicilina (potássica/cristalina, procaína ou benzatina), a depender do tratamento materno durante a gestação e/ou titulação de teste não treponêmico da criança comparado ao materno e/ou exames clínicos e laboratoriais da criança. Na literatura, os medicamentos e doses usadas são a Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, intramuscular (IM), uma vez ao dia por 10 dias, ou Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa (IV), de 12/12h para crianças com menos de uma semana de vida e de 8/8h para crianças com mais de uma semana de vida, por 10 dias.

A cristalina é a apresentação do medicamento de escolha para crianças que apresentam neurosífilis, e a internação hospitalar é obrigatória. Se não houver neurosífilis, a criança com SC pode ser tratada com benzilpenicilina procaína fora da unidade hospitalar, por via IM, ou com benzilpenicilina potássica/cristalina, por via IV, internada.

Em criança nascida assintomática, cuja mãe foi adequadamente tratada (Tabela 2) e cujo teste não treponêmico é não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno, não é necessário tratamento. A notificação também não acontece, contudo, essas crianças devem ser acompanhadas na Atenção Básica, com seguimento clínico e laboratorial. O tratamento com benzilpenicilina benzatina em dose única é eficaz para prevenção de evidência clínica de SC e queda de titulação de teste não treponêmico nessas situações (PARYANI *et al.*, 1994; RADCLIFFE *et al.*, 1997).

Tabela 2. Critérios para adequação do tratamento materno

Recebeu penicilina benzatina com esquema terapêutico adequado ao estágio clínico da doença materna e com respeito ao intervalo recomendado de doses e

Tratamento foi iniciado ao menos 30 dias antes do parton e

Avaliação quanto ao risco de reinfecção*

*O tratamento das parcerias sexuais, como também a terceira pessoa que contaminou o casal, é de fundamental importância para interromper a cadeia de transmissão da infecção.

Fonte: BRASIL, 2018.

Políticas públicas de combate e fragilidades

O Ministério da Saúde vem executando diversas estratégias de alcance nacional para o controle da sífilis no país: compra centralizada e distribuição de insumos de diagnóstico e tratamento (testes rápidos, penicilina benzatina e cristalina); desenvolvimento de instrumentos de disseminação

de informação estratégica aos gestores, auxiliando a tomada de decisão; instrumentalização de salas de situação em todos os estados e no Distrito Federal; realização de Campanha Nacional de Prevenção; desenvolvimento de estudos e pesquisas voltados para o enfrentamento da sífilis no SUS.

No ano de 2018, foram notificados 26.219 casos. No ano de 2007 a média nacional de incidência de SC era de 1,9 casos para 1000 nascidos vivos, aumentando para 9,0/1.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2/100.000 nascidos vivos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2019). A sífilis é considerada uma doença que pode ser prevenida, o aumento de sua incidência sinaliza, principalmente, a ocorrência de graves problemas na atenção básica de saúde no seguimento do pré-natal dessas gestantes e parcerias sexuais contaminadas pelo *Treponema Pallidum* (WHO, 2012).

Essa incidência pode também ser atribuída, em parte, ao aumento dos números de exames realizados para detecção da doença, à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Básica, ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros.

A SC é considerada marcadora de desenvolvimento de um país podendo ser prevenida através de diagnóstico precoce e tratamento de sífilis nas gestantes e suas parcerias sexuais. A OMS colocou como estratégia para eliminação da SC a meta de $\leq 0,5$ casos por 100.000 nascidos vivos em 80% dos países até 2030. O tratamento adequado e precoce durante a gestação possibilitará a mudança nesse panorama atual e a probabilidade de desfechos desfavoráveis à criança será mínima.

Um dos projetos criados pelo SUS denomina-se Rede Cegonha e visa assegurar que “toda mulher tem o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada da gravidez, ao parto e ao puerpério (pós-parto), bem como as crianças têm o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis”. Essa medida permitiu maior diagnóstico da doença entre as gestantes. Entretanto, apesar de haver uma melhoria no que se refere a diagnóstico, pode ser notada uma baixa eficácia das ações preventivas da SC no Brasil como um todo.

Estatísticas de outros países

Apesar de todas as políticas públicas e métodos de prevenção e tratamento, a SC continua a ser um problema de saúde pública em várias partes do mundo com seis milhões de novos casos a cada ano.

Em resposta ao alto número contínuo de infecções de sífilis materna não tratada em todo o mundo, a OMS lançou uma campanha, em 2007, para a eliminação da SC. Apesar do bom progresso, ainda assim cerca de 350.000 resultados adversos na gravidez, incluindo 205.000 mortes perinatais causadas por sífilis materna ainda ocorreram globalmente em 2012 (GOMEZ *et al*, 2013).

Segundo Trinh *et al.* (2017), estudaram 69 laboratórios na América Central, Caribe, Andino, Nações do Cone Sul e América do Norte, em que 41% deles tinham instalações de nível inferior em que o diagnóstico fornecido para sífilis era clínico. Além disso, falta de estoque de kits de teste e suprimentos foram relatados em todos os laboratórios. Logo, embora a maioria dos países realizasse testes básicos de sífilis, a qualidade dos testes pode ser inferior ao ideal. É importante ressaltar que a prevalência mais alta de sífilis não tratada na população em geral se traduz em mais casos de sífilis entre mulheres em idade reprodutiva, levando a mais casos de sífilis congênita.

Da mesma forma, em SUIÇA (2007) foram observados 13 países e, embora a detecção pré-natal fosse uma política na maioria deles, a cobertura real variava bastante. A proporção de mulheres

grávidas submetidas à detecção ia de 17–88% na Bolívia, 64–79% no Brasil, 51–81% no Quênia, 43% no Malawi, < 5-40% em Moçambique, 83% na República Unida da Tanzânia e 32-83% nos Estados Unidos da América. Ademais, a cobertura de serviços de saúde para mães e recém-nascidos variava de 24% a 100% nas avaliações analisadas. Contudo, a qualidade dos serviços (pessoal, disponibilidade de medicamentos, equipamento) pode ser ainda mais importante do que o acesso. Na Bolívia e no Quênia, descobriu-se que um terço dos testes deram resultados incorretos devido a serviços inadequados de laboratório ou de formação de técnicos de laboratório. Por fim, nos países com grande prevalência, observou-se que era frequente a consulta pré-natal ter lugar no final da gravidez, com uma média de seis a nove meses de gravidez na altura da detecção, e é sabido que diagnóstico oportuno na gestante é o primeiro passo para prevenção da SC.

CONCLUSÃO

A sífilis é uma IST causada pela bactéria *Treponema pallidum* e se constitui um grande desafio à saúde pública. Porém, ainda que o controle seja complexo e que impacte gestantes também infectadas, quando diagnosticada e tratada adequadamente conforme os medicamentos e as doses citadas nesse capítulo, pode-se reduzir drasticamente os casos de SC.

À vista disso, torna-se tão importante que as estratégias na área da saúde para o controle da doença sejam eficazes, através dos meios de detecção e de tratamento correto, e da inclusão de programas de prevenção de cuidados pré-natais o mais precoce possível, nos primeiros meses de gestação. Somente com a existência de um pré-natal adequado às gestantes e parcerias sexuais, além de um cuidado as crianças expostas e infectadas ao nascimento, seria possível tornar os índices da SC bem menores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.– Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde Número Especial. Out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BROSO, M.M., *et al.*, Detecção de sífilis congênita em pacientes atendidos na rede particular de saúde em Jundiaí, SP. *Journal of the Health Sciences Institute, São Paulo*, 2013; 31(4): 355-359.
- CAMPOS, C.O. & CAMPOS, C.O. Abordagem diagnóstica e terapêutica da sífilis gestacional e congênita: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 53, e3786, 2020.
- FIGUEIRÓ-FILHO E.A., *et al.*, Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. *J Bras Doenças Sex Transm.*, Rio de Janeiro, 2012; 2(1): 32-37.
- GOMEZ, G.B. *et al.* Untreated maternal syphilis and adverse pregnancy outcomes: a literature review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 91, p. 217, 2013.
- MORSHED, M.G. & SINGH, A.E. Recent trends in the serologic diagnosis of syphilis. *Clinical and Vaccine Immunology*, v. 22, p. 137, 2015.
- PARYANI, S.G. *et al.* Treatment of asymptomatic congenital syphilis: benzathine versus procaine penicillin G therapy. *The Journal of Pediatrics*, v. 125, p. 471, 1994.
- RADCLIFFE, M. *et al.* Single-dose benzathine penicillin in infants at risk of congenital syphilis – results of a randomised study. *South African Medical Journal*, v. 87, p. 62, 1997.
- RAWSTRON, S.A. *et al.* Congenital syphilis and fluorescent treponemal antibody test reactivity after the age of 1 year. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 28, p. 412, 2001.
- SUIÇA. Organização Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção. Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2007.
- TRINH, T.T. *et al.* Syphilis testing practices in the Americas. *Tropical Medicine & International Health*, v. 22, p. 1196, 2017.
- WHO (World Health Organization).. Investment case for eliminating mother to child transmission of syphilis. Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2012.
- WHO (World Health Organization). Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: WHO, 2014.
- WOODS, C. R. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin. Pediatr. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 16, p. 245, 2005.

8

HISTERECTOMIA EM MULHERES NA IDADE FÉRTIL: IMPACTOS NA SEXUALIDADE

FILIAÇÃO

- ¹ Estudante da Faculdade de Medicina Souza Marques, RJ.
- ² Professor na Faculdade de Medicina Souza Marques, RJ.
- ³ Presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro.

AUTORES

ANA CAROLINA PALHOTA MENEZES¹
MARIANA DE OLIVEIRA MAIA¹
FERNANDA DE LUNA RODRIGUES DAGER FREIRE¹
HELOÍSA NOGUEIRA SAUD¹
JULIANA CAMPOS MACHADO¹
VANESSA DE MOURA REZENDE¹
WALTER PALIS VENTURA^{2,3}

Palavras-chave: Histerectomia; Sexualidade; Histerectomia em Idade Fértil.

INTRODUÇÃO

A sexualidade humana é intimamente ligada a diversos fatores, tanto biológicos quanto psicológicos, e até mesmo aos aspectos sociais nos quais o indivíduo está inserido. Quando se trata da sexualidade feminina, por muito tempo, está fora associada à feminilidade, que seria composta por atributos diretamente associados ao papel feminino idealizado na sociedade. Dentre tais atributos, a fertilidade e concepção seriam dois pilares diretamente ligados ao universo feminino, tendo o útero como seu principal símbolo (MELO & BARROS, 2009).

Em mulheres submetidas a histerectomia – o procedimento cirúrgico de retirada dos órgãos reprodutores femininos – um conflito pode surgir: questiona-se como é afetada a sua auto imagem após a retirada do que é, de acordo com os valores impostos pela sociedade, um dos maiores símbolos de sua própria natureza, e como se comporta a sexualidade desta mulher (HEHENKAMP *et al.*, 2007).

Além da questão psicossocial, também podem ocorrer alterações nos níveis hormonais de estrógenos e andrógenos quando a histerectomia inclui a retirada dos ovários. Isso explicaria, sob a perspectiva fisiológica, alterações na sexualidade, como diminuição da libido e atrofia da mucosa vaginal, que seria a causa de algumas disfunções (EREKSON *et al.*, 2013).

O presente estudo tem por objetivo analisar a sexualidade de mulheres submetidas ao procedimento em pauta, com enfoque naquelas em idade fértil, e como essas possíveis alterações podem afetar sua qualidade de vida, uma vez que se entende por saúde o indivíduo em sua integralidade, sendo a sexualidade uma fonte importante de bem-estar.

MÉTODO

Para a realização do estudo foi utilizada a revisão sistemática de artigos científicos como metodologia. Essa consiste em uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, em que os resultados são coletados, categorizados, avaliados e sintetizados (GALVÃO *et al.*, 2004).

Foram utilizados 18 artigos, datados do período de 1997 a 2019. As bases de dados consultadas foram: PubMed, SciELO e Google Acadêmico, selecionadas devido ao grande número de estudos sobre o tema. Foram utilizados como descritores os seguintes termos: sexualidade, histerectomia, histerectomia em idade fértil em português e inglês. Os critérios de inclusão/exclusão utilizados foram apenas textos em português e inglês que abordassem o tema sexualidade pós histerectomia em mulheres em idade fértil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2019, foi realizado um estudo sobre qualidade de vida e a sexualidade pós-histerectomia, obtendo resultados tanto positivos quanto negativos. Algumas das participantes relataram uma melhoria de sua vida após o procedimento cirúrgico sem alterações nas relações sexuais, havendo evidências de que o apoio do parceiro foi importante durante o processo. No entanto, outras participantes do estudo relataram diminuição da excitação e do desejo sexual, bem como dor durante o ato sexual após realizarem o procedimento, além de não se sentirem satisfeitas com seu corpo. Desse modo, faz-se necessário compreender a sexualidade para que essas pacientes histerectomizadas possam enfrentar de forma adequada, física e mentalmente, este novo período de suas vidas (SCHMIDT *et al.*, 2019).

Sexualidade

A sexualidade é um conceito multifacetado, pois implica em um conjunto de emoções, sentimentos, fantasias, desejos e interpretações do ser humano ao longo de sua vida. Infelizmente, a sexualidade é deixada de lado e este assunto não é abordado entre a paciente e os profissionais de saúde durante o processo para a realização da histerectomia. Este conceito deveria ser conversado durante as consultas, pois envolve o âmbito das emoções e dos sentimentos, em como a paciente poderá se sentir após retirar o órgão reprodutivo, sendo importante para preparar a paciente, trabalhando o seu autocuidado nesta nova fase de sua vida (BARBOSA *et al.*, 2018).

Nessa ótica, torna-se fundamental a diferenciação entre dois conceitos: sexo e sexualidade. O Sexo está associado a fatores físicos, fisiológicos e biológicos, incluindo órgãos genitais e os cromossomos X e Y; além de se referir ao ato sexual. O ato sexual, para os humanos, não se restringe apenas ao coito puramente para finalidades reprodutivas, também engloba o prazer e sensações carnis individuais e subjetivas (FERRANTE *et al.*, 2014).

Compreendendo o ato sexual como enredado por prazer e experiências subjetivas atreladas a ideias e fantasias chega-se à esfera em que se insere a sexualidade. Podemos defini-la, assim, como uma rede de ideias e fantasias confeccionadas individualmente, fundamentada nas sensações corporais com a finalidade de obter prazer e transpassada pela cultura e normas éticas da sociedade (FERRANTE *et al.*, 2014).

Impacto físico da histerectomia

Fisicamente, a histerectomia pode causar mudanças na anatomia feminina, ou seja, modificação dos órgãos genitais em tamanho e formato. Isso faz com que possam haver alterações em termos de sustentação e apoio anatômico para as estruturas locais, e de inervação da região. Tais modificações podem eventualmente dificultar a penetração e causar dispareunia (LUNELLI *et al.*, 2014). Além disso, algumas mulheres podem manifestar dor pélvica não atrelada à atividade sexual.

Neste ponto, cabe ressaltar um estudo sobre dor pélvica crônica pós histerectomia que foi realizado na Dinamarca. Este incluiu mais de mil mulheres que haviam sofrido histerectomia por indicações benignas. 31,9% das mulheres relataram dor crônica – que foi caracterizada no estudo como dor que prevalece após um ano da cirurgia – e, destas, 14,9% afirmaram não apresentarem dor pré-histerectomia. O estudo mostrou associação positiva entre dor crônica e os seguintes fatores: dor pélvica anterior à cirurgia, cesárea prévia, dor como principal indicação cirúrgica e problemas álgicos existentes em outros locais do corpo. A escolha de histerectomia via vaginal ou via abdominal não apresentou diferença significativa para o risco de dor crônica. A raquianestesia foi associada a um menor risco de dor crônica quando comparada à anestesia geral (BRANDSBORG *et al.*, 2007).

Função Sexual

A manutenção da função sexual pós histerectomia é uma importante fonte de preocupação feminina. Segundo Naughton e McBee (1997), os fatores que interferem nesse processo incluem: qualidade da atividade sexual pré-histerectomia, empenho do parceiro sexual, ansiedade, autoestima, resolução dos sintomas álgicos e conservação dos ovários.

Foi realizado um estudo no Hospital da Universidade da Jordânia incluindo 124 mulheres que sofreram histerectomia. Observou-se uma melhora no desempenho sexual de 75% das pacientes, piora em 11,3% e não houve modificação do desempenho em 4,8%. A respeito do desempenho do parceiro foi relatado por 55,6% das pacientes uma melhora, enquanto 18,5% notaram piora e 14,5% não observaram mudança. Apesar de algumas mulheres terem sofrido com pior desempenho, o estudo conclui que a grande maioria das mulheres histerectomizadas vivenciaram uma melhora na saúde e na função sexual após o procedimento. Por isso, é assinalado pelos autores a importância da divulgação desse conhecimento a fim de romper com a crença de que a mulher perde o desejo sexual e a feminilidade pós-histerectomia (FRAM *et al.*, 2013).

O mesmo fato foi observado em um estudo de revisão bibliográfica sobre o impacto na função sexual de mulheres em idade fértil que sofreram histerectomia (sem a ooforectomia): a maioria dessas mulheres observam melhora no desempenho sexual pós-histerectomia. Além desta, outra revisão bibliográfica alcançou conclusão semelhante e ressaltou que existem poucas evidências comprovando a ocorrência de disfunção sexual causada por deficiência de aporte de sangue, inervação local ou outra modificação anatômica pós-histerectomia (MAAS *et al.*, 2003; MOKATE *et al.*, 2006).

Ambas as revisões atribuíram como fator contribuinte para esse resultado a melhora dos sintomas decorrentes do acometimento que levou à histerectomia, já que tais sintomas são geralmente responsáveis por uma piora prévia do desempenho sexual e da qualidade de vida. Além disso, ambas declararam que vários estudos acerca deste tema são deficientes devido às falhas

metodológicas, levando à avaliação insatisfatória da função sexual (MAAS *et al.*, 2003; MOKATE *et al.*, 2006).

Segundo Mokate *et al.* (2006), não há associação entre a remoção dos ovários durante a histerectomia e a mudança no desempenho sexual, entretanto outros estudos mostram que a ooforectomia bilateral pré-menopausa representa um grande impacto negativo para a saúde cardiovascular, mental e psicossocial. A deficiência de estrogênio e androgênio resultante da ooforectomia leva à diminuição de libido, lubrificação e satisfação sexual, além de um aumento da dispareunia. Tais sintomas são mais intensos nesses casos do que na menopausa natural e são dificilmente eliminados, mesmo com a terapia de reposição hormonal, apesar de ela ajudar no aumento da lubrificação e redução de sintomas vasomotores (LONNÉE-HOFFMANN & PINAS, 2014; TOPATAN & YILDIZ, 2012; MADALINSKA *et al.*, 2006).

Infelizmente, a remoção preventiva dos ovários durante a histerectomia é rotineiramente sugerida por reduzir o risco de câncer e outras patologias, embora o risco para o desenvolvimento de câncer de ovário seja relativamente baixo (1,4%), não superando os riscos e efeitos da ooforectomia. Dessa forma, a remoção preventiva seria benéfica apenas para mulheres com alto risco de câncer de ovário (LONNÉE-HOFFMANN & PINAS, 2014; EREKSON *et al.*, 2013).

Impacto psicológico da histerectomia

Questiona-se o que caracteriza a mulher e existem diversas respostas para essa pergunta. Cabe enfatizar, no entanto, que a retirada dos órgãos reprodutores femininos desestabiliza as pacientes no seu reconhecimento do que é ser mulher, pois, muitas vezes, isso se caracteriza pela presença do útero tanto pela simbologia de ser a casa para um novo ser vivo, quanto pela função biológica, associando esse órgão à feminilidade.

A histerectomia é realizada para uma melhora da saúde da mulher, mas pode ter efeitos negativos por envolver fatores emocionais, psicológicos e culturais. Dessa forma, sentimentos como medo, tristeza, desespero, incertezas e insegurança podem ser experimentados pelas mulheres ao realizar este procedimento cirúrgico para melhoria de sua saúde e qualidade de vida (LUNELLI *et al.*, 2014).

Além desses sentimentos que podem comprometer a sexualidade, outro impacto psicológico pós-histerectomia pode ser a autoestima da paciente e a satisfação com seu corpo. Por isso, a pergunta que pode ser feita é o que significa ser mulher, pois isto envolve mais um processo sobre um conjunto diverso de particularidades femininas do que uma característica fixa de ter ou não a presença de um órgão reprodutivo (LUNELLI *et al.*, 2014).

Dessa forma, o impacto psicológico na sexualidade pós-histerectomia pode ser tanto de não ocorrer mudanças na paciente sobre sua percepção do seu modo de ser, quanto de trazer diversos sentimentos de incertezas e insatisfações com o corpo. Por isso, o apoio físico e psicossocial dos profissionais de saúde é fundamental para que essas mudanças não prejudiquem a vida da paciente depois desse procedimento cirúrgico, trabalhando um aumento da autoestima e uma melhoria de vida física e mental. Assim, essas pacientes histerectomizadas continuarão com sua sexualidade ativa e saudável e se sentirão mulheres da mesma forma que antes se sentiam (SCHMIDT *et al.*, 2019; BARBOSA *et al.*, 2018).

Assim, há evidências de que a “amputação” do útero causa um impacto diferente em cada mulher. O grau desse impacto depende principalmente da sua percepção como mulher pós cirurgia, que se relaciona com a importância e o significado por ela atribuídos ao útero. Esses fatores estão

atrelados a crenças e valores intrínsecos, vinculados ao gênero feminino, que ditam sua sexualidade (SILVA *et al.*, 2010).

CONCLUSÃO

A partir da presente revisão de literatura, é possível observar que a necessidade de se submeter a uma histerectomia pode causar grande impacto na vida de muitas mulheres, mudando suas visões sobre si e seus corpos. Além disso, pode desencadear medo, ansiedade e dúvidas que estão diretamente ligadas à associação da sexualidade unicamente à capacidade de reprodução, principalmente por aquelas em idade fértil (SCHMIDT *et al.*, 2019). Nesse sentido, a análise acerca da sexualidade após o procedimento de histerectomia é bastante complexa, uma vez que muitos fatores desencadeados pela cirurgia influenciam esse aspecto e devem ser levados em conta, tais como a autoestima da mulher, sua relação e comunicação com o parceiro, os motivos que a levaram a realizar a cirurgia, além de fatores emocionais, sociais e culturais (DANESH *et al.*, 2015).

Percebe-se então, que uma das principais preocupações da maioria das mulheres acerca da realização de uma histerectomia está ligada à vivência da sexualidade após o procedimento (MOKATE *et al.*, 2006). Entretanto, isso apenas evidencia um desconhecimento sobre o próprio corpo e como a informação sobre o diagnóstico e a realização do procedimento não é bem difundida entre as pacientes, uma vez que a cirurgia, na grande maioria das vezes, não interfere no desempenho e na satisfação sexual feminina, sendo o risco de disfunção sexual baixo, podendo atingir 10 a 20% das mulheres, em casos especiais como a ooforectomia (LUNELLI *et al.*, 2014).

Portanto, torna-se clara a importância da concessão de informações pelos profissionais de saúde sobre a histerectomia e seus possíveis efeitos e mudanças corporais, bem como a desmistificação dos valores atribuídos ao útero como único símbolo da sexualidade feminina, de modo a sanar quaisquer dúvidas e diminuir a ansiedade e o medo no pós-operatório (MELO & BARROS, 2009). Além disso, o suporte do parceiro e o acompanhamento psicológico se mostraram de grande relevância, uma vez que preparam as mulheres para lidar com possíveis complicações cirúrgicas e a superar barreiras que podem melhorar sua qualidade de vida (DANESH *et al.*, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, A.R.S. *et al.* Experiência de mulheres que realizaram histerectomia: revisão integrativa. *Revista Uningá*, v. 55, p. 227, 2018.
- BRANDSBORG, B. *et al.* Risk factors for chronic pain after hysterectomy: a nationwide questionnaire and database study. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, v. 106, p. 1003, 2007.
- DANESH, M. *et al.* The effect of hysterectomy on women's sexual function: a narrative review. *Medical Archives: Journal of Academy of Medical Sciences in Bosnia and Herzegovina*, v. 69, p. 387, 2015.
- EREKSON, E.A. *et al.* Oophorectomy: the debate between ovarian conservation and elective oophorectomy. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, v. 20, p. 110, 2013.
- FERRANTE, F.G. *et al.* A Mulher Contemporânea: Percepções de Médicos do Serviço Público de Saúde sobre Sexualidade e Gênero. Araraquara: Padu Aragon, p. 278, 2014.
- FRAM, K.M. *et al.* Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, v. 287, p. 703, 2013.
- GALVÃO, C.M. *et al.* Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, p. 549, 2004.
- HEHENKAMP, W.J. *et al.* Sexuality and body image after uterine artery embolization and hysterectomy in the treatment of uterine fibroids: a randomized comparison. *Cardiovascular and Interventional Radiology*, v. 30, p. 866, 2007.
- LONNÉE-HOFFMANN, R. & PINAS, I. Effects of hysterectomy on sexual function. *Current Sexual Health Reports*, v. 6, p. 244, 2014.
- LUNELLI, B.P. *et al.* O impacto da histerectomia abdominal no desempenho/ satisfação sexual. *Revista Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 43, p. 49, 2014.
- MAAS, C.P. *et al.* The effect of hysterectomy on sexual functioning. *Annual Review of Sex Research*, v. 14, p. 83, 2003.
- MADALINSKA, J.B. *et al.* The impact of hormone replacement therapy on menopausal symptoms in younger high-risk women after prophylactic salpingo-oophorectomy. *Journal Of Clinical Oncology*, v. 24, p. 3576, 2006.
- MELO, M.C.B. & BARROS, E.N. Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 12, p. 80, 2009.
- MOKATE, T. *et al.* Hysterectomy and sexual function. *British Menopause Society Journal*, v. 12, p. 153, 2006.
- NAUGHTON, M.J. & MCBEE, W.L. Health-related quality of life after hysterectomy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 40, p. 947, 1997.
- SCHMIDT, A. *et al.* Experiências de mulheres histerectomizadas acerca da sexualidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 23, 2019.
- SILVA, C.M.C. *et al.* A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 14, p. 76, 2010.
- TOPATAN, S. & YILDIZ, H. Symptoms experienced by women who enter into natural and surgical menopause and their relation to sexual functions. *Health Care for Women International*, v. 33, p. 525, 2012.

9

FISIOLOGIA DO CICLO MENSTRUAL FEMININO E SUAS INFLUÊNCIAS HORMONAIS

FILIAÇÃO

¹ Discentes do 6º período de Medicina da faculdade FAMINAS-BH, Belo Horizonte, MG.

² Discente do 4º período de Medicina da faculdade FAMINAS-BH, Belo Horizonte, MG.

AUTORES

ANA JULIA MACEDO LEMBRANCE¹

ALICE CAMPOS PENA¹

LARA MACEDO LEMBRANCE²

ALINE GARCIA FELIZARI¹

FLÁVIA CARVALHO PAIVA¹

SOPHIA MARIA ROCHA CAMPOS¹

Palavras-chave: Menstruação; Variações Hormonais; Ciclo menstrual.

INTRODUÇÃO

O ciclo menstrual ou ciclo sexual mensal feminino, é o processo de preparação do organismo para a ocorrência de uma possível gestação, a partir de variações hormonais ordenadas, que resultam em alterações endócrinas e anatômicas do sistema reprodutivo feminino. O ciclo possui duração média de 28 dias e tem início com o primeiro dia da menstruação, com a excreção de sangramento vaginal vermelho vivo, que dura em média quatro a sete dias. É dividido em três etapas, que são conhecidas como: fase folicular, ovulatória e lútea. Esse fenômeno biológico deve ser manifestado, habitualmente, em toda a população feminina a partir da puberdade, que por sua vez, consiste em mudanças corporais que indicam o início da fase adulta.

O primeiro ciclo menstrual é titulado como menarca e tende a acontecer entre 11 e 16 anos. O organismo feminino, desde o desenvolvimento fetal, inicia a preparação física para possíveis gestações futuras, com a formação de todos os óvulos que serão liberados durante os anos de vida reprodutiva da mulher. Com a degeneração mensal dos folículos, o ciclo menstrual e a capacidade reprodutiva feminina cessam totalmente, a partir da depleção dos óvulos. Esse processo é conhecido como menopausa. O ciclo menstrual é frequentemente mais instável entre os extremos etários, devido os desajustes do amadurecimento folicular e à anovulação, que tendem a ser susceptíveis nesses períodos.

O objetivo desse texto é abordar e discutir todo o mecanismo fisiológico e funcional do ciclo menstrual feminino. Esse capítulo abrange as principais mudanças orquestradas em níveis hormonais durante a preparação física da mulher para a concepção e a continuidade da gestação.

MÉTODO

Esse estudo foi conduzido a partir da análise de pesquisas direcionadas a respeito do tema. Para isso, foram utilizadas fontes secundárias, como artigos acadêmicos e livro de referência. A revisão bibliográfica foi baseada nos descritores “ovulação e menstruação”, empregados na base de dados do PubMed, com o resultado de 4.188 artigos. A partir dessa busca eletrônica, restaram 379 pesquisas após o uso de filtros e, desses, foram selecionados cinco artigos para o estudo. Somado a isso, foi realizada uma busca direta sobre o assunto no site da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia. No total, foi realizada a análise completa de sete pesquisas científicas, com o acréscimo de dois artigos selecionados na plataforma SciELO. Além disso, foi levado em consideração informações provenientes da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. O livro de base utilizado foi o Guyton & Hall – Tratado de Fisiologia Médica, com enfoque direcionado ao capítulo 81 de Fisiologia Feminina Antes da Gravidez e Hormônios Femininos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

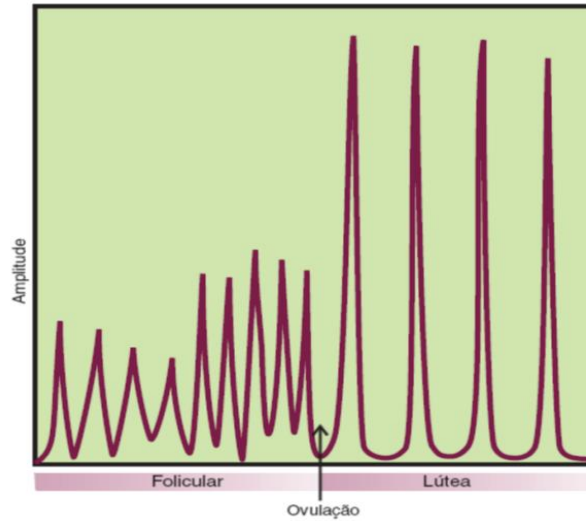
Para entender sobre as modificações do organismo feminino durante o ciclo menstrual, é indispensável a abordagem da regulação dos hormônios hipotalâmicos, hipofisários e ovarianos que envolvem esse processo. Em mulheres previamente hígdas, durante a puberdade, ocorre a gonadarca, que consiste no aumento dos esteroides sexuais, provenientes das gônadas, do córtex da adrenal e do colesterol. Os hormônios sexuais são representados pelo estrogênio (estradiol) e pela progestina (progesterona), que circulam na forma livre quando não estão acoplados a proteína ligadora dos esteroides sexuais (SHBG).

A liberação pulsátil dos hormônios gonadotróficos durante a puberdade, ou seja, do hormônio folículo estimulante (FSH) e luteinizante (LH), impulsiona a produção dos esteroides sexuais. A partir desse processo, torna-se possível o acontecimento da menarca, objetivando o início do ciclo menstrual e da vida reprodutiva feminina, já que os óvulos, que estavam imobilizados no estágio de folículo primordial, retomam o seu desenvolvimento com esse sistema.

Fase folicular do ciclo ovariano

O primeiro componente funcional do ciclo menstrual é o hipotálamo. Essa estrutura cerebral é responsável por manter a homeostase corporal e desempenha sua função ao produzir e secretar hormônios. O hormônio liberador de gonadotropina (GnRH) é excretado em pulsos, o que permite a ligação adequada aos receptores em cada fase do ciclo. Na fase folicular, os pulsos são de baixa amplitude e alta frequência, enquanto na fase lútea, são de baixa frequência e alta amplitude (Figura 1).

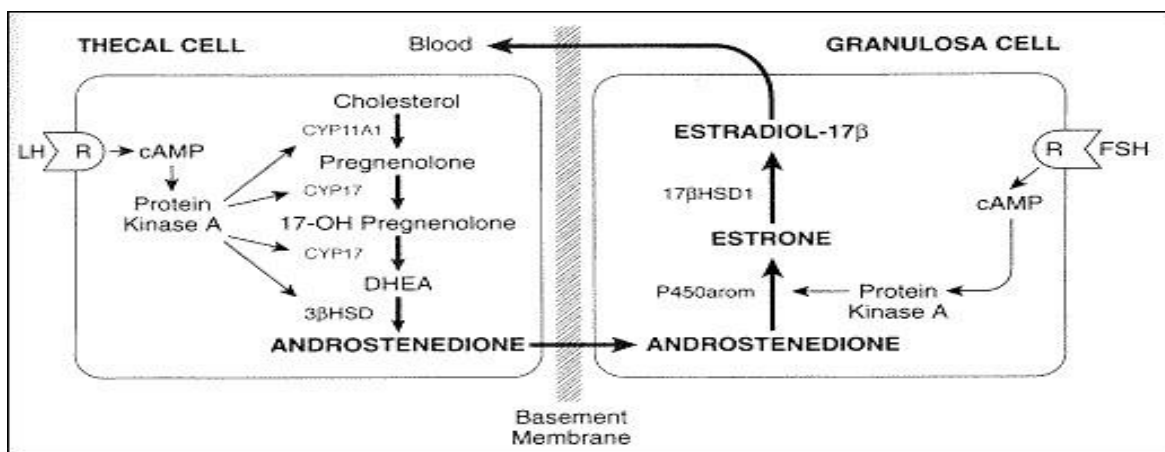
Figura 1. Secreção pulsátil do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH) durante a fase folicular e lútea do ciclo menstrual



Fonte: LEITE, 2019.

O GnRH age diretamente no segundo componente desse ciclo, que é representado pela hipófise. Quando estimulada pela ação desse hormônio, a hipófise anterior produz e secreta o FSH e o LH, que atuam no ovário estimulando as células-alvo dessa estrutura. Ao nascer, a mulher apresenta todos os seus folículos no estágio primordial, circundados por uma única camada de células. Na literatura, existem estudos que afirmam que essas células secretam uma substância durante toda a infância, conhecida como fator inibidor da maturação do oócito, que mantém o óvulo nutrido e parado na fase primordial. Todo mês, a partir da puberdade, seis a 12 folículos primordiais retomam o seu desenvolvimento, através da ação de fatores autócrinos do ovário. Com a produção de citocinas ovarianas e prostaglandinas pela própria gônada, o folículo atinge o estágio de folículo antral que, por sua vez, apresenta receptores de gonadotrofinas. Esse processo, que não advém de ação hormonal, é conhecido como a teoria das duas células-duas gonadotrofinas (Figura 2).

Figura 2. Teoria das duas células e duas gonadotrofinas com a síntese de androgênio e estradiol pela ação dos hormônios gonadotróficos no folículo antral

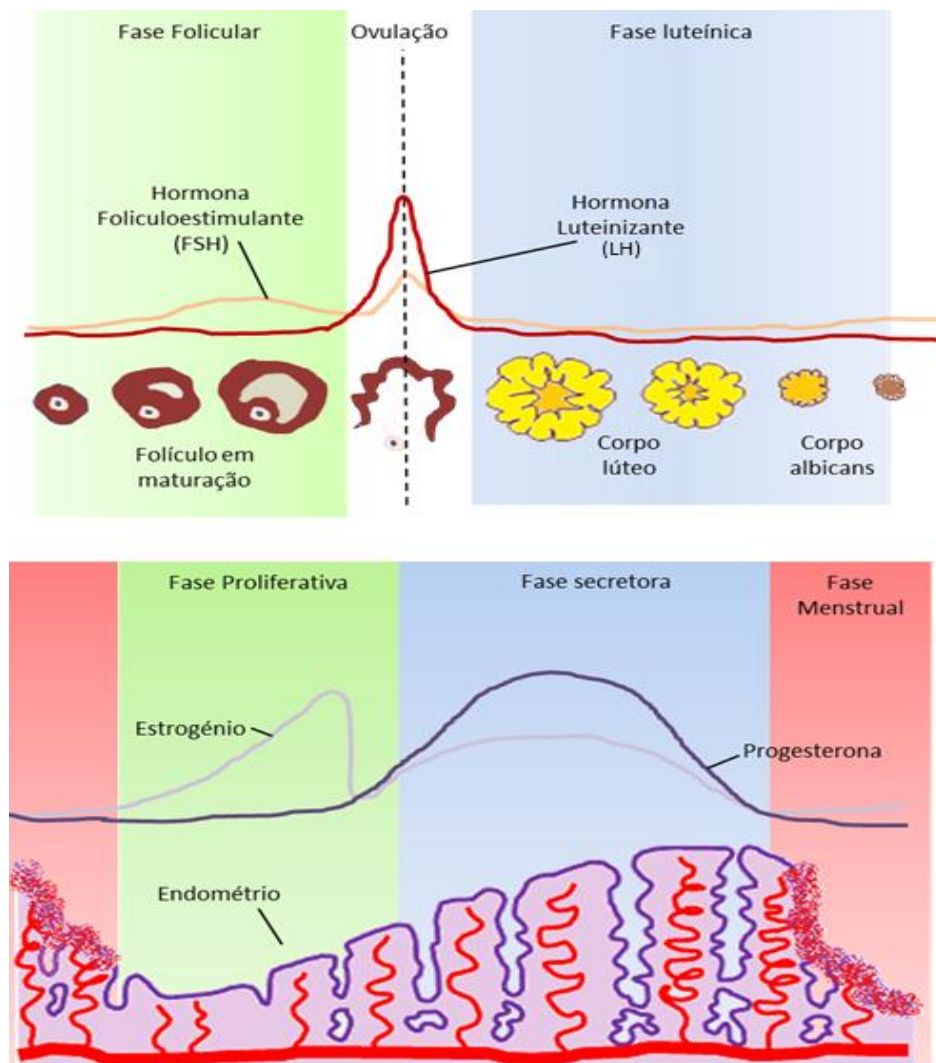


Fonte: The Normal Menstrual Cycle and the Control of Ovulation. Endotext, 2018.

O LH e o FSH, ao serem secretados pela hipófise anterior, se ligam nas células da teca e da granulosa, localizadas no folículo antral. As células da teca, viabilizam, sob ação do LH, a síntese de androgênio através da conversão do colesterol, enquanto as células da granulosa, sob o estímulo do FSH, promovem a conversão dos androgênios em estrogênio, pela ação da enzima aromatase, que é encontrada exclusivamente nessas células.

O FSH exerce sua função ao estimular o desenvolvimento dos folículos, os quais sofrerão involução e atresia ainda na fase folicular, já que apenas um irá ovular. Durante o processo de desenvolvimento, um dos folículos começa a crescer mais do que os outros e é conhecido como folículo dominante. Esse crescimento acentuado é definido pelo folículo que apresenta maior vascularização e maior número de receptores para o FSH. Ainda nesse momento do ciclo menstrual é possível visualizar um crescimento dos níveis de FSH e conseqüentemente do estradiol, que é acompanhado por um aumento discreto do LH e das inibinas (Figura 3). A inibina B é a predominante nessa fase do ciclo, e irá atuar juntamente com o estrogênio no feedback negativo da hipófise.

Figura 3. Mudanças hormonais, ovarianas e endometriais que ocorrem durante o ciclo menstrual fisiológico, com visualização ampla das três fases desse ciclo



Fonte: NETO & SOARES, 2016.

Ovulação

A ovulação é o processo de eclosão e liberação do folículo maduro na tuba uterina, que tende a ocorrer entre 12 a 16 dias após o início da menstruação. Na fase folicular há um aumento crescente dos níveis de estrogênio devido a ação do FSH. A elevação desse hormônio sexual somado a ação da inibina B, permite a ocorrência de um feedback negativo na hipófise, que estimula a diminuição da produção do FSH. Quando esse hormônio (FSH) atinge o seu pico e o folículo alcança a maturidade, ocorre um feedback positivo, no qual induz o aumento da secreção de LH pela hipófise.

O pico do LH é um marco necessário para a ovulação, que por sua vez tende a acontecer aproximadamente 36 horas após esse evento. Durante a atuação do LH no folículo antral, além da produção de androgênio, é secretada progesterona em pequenas quantidades. Nesse momento do ciclo, esse hormônio é ofertado em medida suficiente para deixar o folículo mais instável e com células mais hidrofílicas. Esse processo, em associação com a dilatação do folículo, precede e favorece o seu rompimento e, conseqüentemente, a liberação do óvulo. Concomitante à ovulação é possível observar uma queda dos níveis de estrogênio e dos hormônios gonadotróficos. Em contrapartida, ocorre uma secreção cada vez mais proeminente da progesterona, que por sua vez, será predominante durante a próxima fase do ciclo menstrual.

Fase lútea do ciclo ovariano

Posteriormente a eliminação do óvulo pelo folículo, é formado o corpo lúteo, que consiste no conjunto total de células que permaneceram no ovário após à ovulação. Essa estrutura será responsável pela liberação da progesterona nesse momento do ciclo. Esse aglomerado de células sofre aumento do seu tamanho e passa a medir cerca de 2 a 3 cm entre o sétimo e o oitavo dia, momento que atinge o diâmetro máximo.

O corpo lúteo apresenta a função de manter o endométrio íntegro para uma possível implantação, e para isso, secreta progesterona. Essa fase do ciclo ovariano é fixa, ou seja, possui duração de 12 a 14 dias em todas as mulheres. Quando a fecundação não ocorre, o corpo lúteo entra em involução e começa a reduzir a secreção hormonal de progesterona. Nesse momento passa a ser denominado corpo albicans, que sofre degeneração.

A progesterona ainda atua fazendo um feedback na hipófise anterior, objetivando manter os níveis de FSH e LH reduzidos. Quando a gestação não ocorre e o corpo lúteo sofre degradação, os níveis de progesterona diminuem, o que culmina na ausência do feedback, na elevação dos hormônios gonadotróficos e na descamação do endométrio, com o início da menstruação e de um novo ciclo menstrual. Durante esse período a mulher elimina, aproximadamente, 30 a 80 mL de líquido menstrual, que dura entre quatro a sete dias em condições fisiológicas.

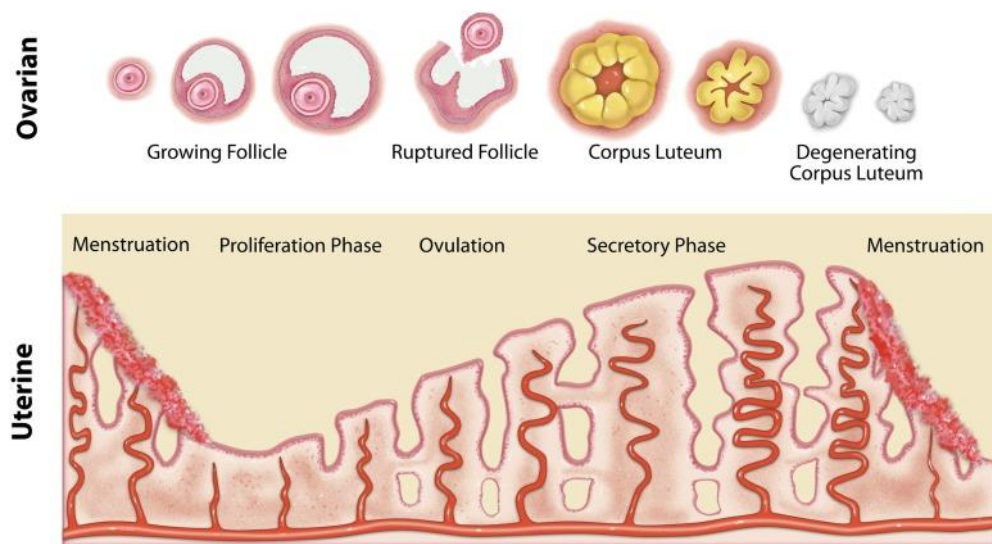
Quando o óvulo é fecundado e a gestação acontece, a involução do corpo lúteo não ocorre da mesma forma. Nesses casos, ele se mantém íntegro entre quatro a seis semanas, por ação do β -HCG, até que a placenta e o trofoblasto estejam formados para assegurar que os níveis de progesterona sejam suficientes para preservar o endométrio e o desenvolvimento adequado da gestação.

Desenvolvimento endometrial

Durante todo o ciclo menstrual o endométrio sofre alterações para permitir que a nidação aconteça quando o óvulo é fecundado. De acordo com as variações e as influências hormonais, esse desenvolvimento é dividido em duas etapas: proliferativa e secretora (Figura 4). A fase proliferativa é desencadeada a partir da ação do estrogênio e tem início logo no começo do ciclo menstrual.

Com a menstruação e o processo de descamação endometrial, decorrente da ausência de nidação, o endométrio encontra-se delgado, formado apenas por uma fina camada de células. O estrogênio, que apresenta níveis elevados na fase inicial do ciclo, atua nesse endométrio permitindo ampliação da sua espessura, com a proliferação e o aumento do número de células. A fase secretora é influenciada pela ação da progesterona e é representada pelo aumento da secreção glandular endometrial, com a liberação de substâncias que visam mantê-lo íntegro e propício para o desenvolvimento gestacional.

Figura 4 Alterações ovarianas e endometriais que ocorrem durante o ciclo menstrual, com visualização da fase proliferativa e secretora do endométrio



Fonte: JAMES, 2016.

Alterações do ciclo menstrual durante o climatério

O climatério representa a fase de transição do menacme (período reprodutivo da mulher) para a senectude (mulheres acima de 65 anos). Durante esse momento, o organismo feminino sofre alterações, que culminam na ausência da capacidade reprodutiva, ou seja, na fase pós menopausa. Esse processo é regido a partir de modificações hormonais, o que fundamenta a variação temporal e sintomatológica desse evento entre as mulheres. Habitualmente o climatério tem início a partir dos 40 anos e a menopausa, que é um marco dentro do climatério, ocorre aos 50 anos, em média. O diagnóstico dessa fase de atenuação das funções ovarianas é clínico e retrospectivo, e consegue ser confirmado através de exames laboratoriais. Após 12 meses consecutivos em amenorreia esse diagnóstico pode ser estabelecido.

A partir do nascimento a mulher apresenta um decréscimo gradativo do número de folículos, o que resulta em uma queda acentuada da fertilidade com a idade. Em consequência da diminuição desses folículos, ocorre uma redução da liberação do estrogênio circulante. Com a baixa produção desse hormônio pelas células da granulosa, ocorre um aumento da excreção de FSH pela hipófise, de forma compensatória. A elevação desse hormônio gonadotrófico cursa com um encurtamento da primeira fase do ciclo menstrual nessas mulheres (polimenorreia), visto que atua como um estímulo mais vigoroso para a maturação folicular.

A irregularidade do ciclo menstrual é característica dos extremos etários. Quando ocorre o esgotamento dos folículos, a mulher passa a ter ciclos anovulatórios, que sucedem a ocorrência da menopausa. Nesse momento o estrogênio encontra-se reduzido em decorrência da hipofunção da gônada, enquanto o LH e o FSH encontram-se aumentados, devido a continuação da atividade hormonal pelo hipotálamo e pela hipófise. Esse desequilíbrio hormonal é responsável por todas as manifestações sintomáticas do climatério, que são expressas por grande parte das mulheres nessa faixa etária.

CONCLUSÃO

A fisiologia do ciclo menstrual é um processo que envolve uma ampla variação hormonal, a partir do funcionamento e da regulação do eixo hipotálamo-hipófise-ovário. Em condições normais, esse processo exige a ausência de anormalidades anatômicas, para permitir o desempenho adequado de todas as estruturas que envolvem esse sistema. Dessa forma, torna-se possível inferir que pequenas modificações podem refletir diretamente no ciclo sexual mensal feminino, acarretando manifestações clínicas. É indispensável a compreensão de que esse ciclo pode sofrer variações de acordo com o organismo de cada mulher, já que a única fase considerada fixa é a lútea. A partir dessas oscilações hormonais, é possível ainda justificar a etiologia da tensão pré-menstrual (TPM). Essa manifestação precede a menstruação e é caracterizada pelo aparecimento de sintomas físicos e emocionais, exteriorizados pela grande maioria das mulheres em vida reprodutiva ativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARLSON, L.J. *et al.* Development of Ovulatory Menstrual Cycles in Adolescent Girls. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, v. 32, p. 249, 2019.
- CLIMATÉRIO. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/1090-climaterio>>. Acesso em: 28 out. 2020.
- DE CASTRO, E.C. *et al.* Variabilidade da contagem automática tridimensional de folículos ovarianos durante o ciclo menstrual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 38, p. 35, 2016.
- GUYTON, A.C. & HALL, J.E. *Tratado de Fisiologia Médica: Fisiologia Feminina Antes da Gravidez e Hormônios Femininos*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- HOOFNAGLE, J. H. *et al.* Gonadotropins. *LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury*, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK548856/>>. Acesso em: 20 out. 2020.
- JAMES, A.H. Heavy menstrual bleeding: work-up and management. *Hematology. American Society of Hematology. Education Program*, v. 16, p. 236, 2016.
- JAPUR, A.C. *et al.* Nomenclatura dos esteroides sexuais Proposta de normatização da CNE Ginecologia Endócrina. FEBRASGO, 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/421-nomenclatura-dos-esteroides-sexuais-proposta-de-normatizacao-da-cne-ginecologia-endocrina?highlight=WyJlc3Rlcm9pZGVzIiwic2V4dWFpcyIsImVzdGVyY2lkZXMgc2V4dWFpcyJd>>. Acesso em: 20 out. 2020.
- LEITE, I.C.S. Neuroendocrinologia Feminina. *Medprime*, 2019. Disponível em: <<https://medpri.me/upload/texto/texto-aula-1084.html>>. Acesso em: 27 nov. 2020.
- MARA, G. *et al.* Número de folículos antrais e o sucesso da fertilização *in vitro*: uma análise multivariada. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 36, p. 473, 2014.
- NETO, M., SOARES, B. O ciclo sexual da mulher. *Metis*, 2016. Disponível em: <http://metis.med.up.pt/index.php/O_Ciclo_Sexual_da_Mulher>. Acesso em: 27 nov. 2020.
- O'CONNOR, K. *et al.* Progesterone and ovulation across stages of the transition to menopause. *Menopause*, v. 16, p. 1178, 2009.
- REED, B. G. *et al.* The Normal Menstrual Cycle and the Control of Ovulation. *Endotext*, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279054/>>. Acesso em 20 out. 2020.
- SANTOS, T. A. Fisiologia do Ovário e da Fecundação. *Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia*, cap. 3, p. 39-56.

10

SAÚDE SEXUAL DA MULHER

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR, Curitiba, PR.

AUTORES

ANA LUIZA NEIVA D'OLIVEIRA¹
BÁRBARA DO PRADO MANIESI¹
JULIA BUQUERA DE MOURA¹
JULIA EDUARDA KOCH¹
JULIA PALMIERI DE OLIVEIRA¹
LAÍS BASTOS ZANFORLIN¹

Palavras-chave: Anatomia; Sexualidade Feminina; ISTs.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é natural à vida e à saúde. Abordá-la envolve o entendimento sobre o próprio corpo, o respeito ao outro e a si mesmo, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), bem como estereótipos e tabus (UNESCO, 2019). As mudanças culturais e sociais referentes ao papel da mulher na sociedade transformaram as ideias e práticas sexuais femininas. Sabe-se hoje que a masturbação e o orgasmo feminino levam a inúmeros benefícios, como melhora da saúde física, desenvolvimento sexual, compreensão do corpo e amor próprio (PEREIRA & SOUZA, 2019). No entanto, esse assunto ainda é um tabu na sociedade, fazendo com que muitas mulheres não conheçam seu próprio corpo. Isso é consequência da estigmatização do assunto tanto no âmbito social quanto religioso, o que faz com que as mulheres comecem sua vida sexual despreparadas, com um sentimento de culpa e vergonha, refletindo em atitudes sexuais recatadas e restritivas e, como consequência, a falta de qualidade e satisfação sexual (HAAVIO-MANNILA *et al.*, 1997).

MÉTODO

O capítulo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa exploratória, documental e bibliográfica. Os materiais utilizados foram coletados depois de uma revisão de artigos científicos da SciELO, PubMed e instituições acadêmicas que explanam sobre os temas abordados. Ainda, para agregar às informações coletadas, foram usados dados de órgãos oficiais, como Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU). Além disso, para fundamentar os dados teóricos, foi realizado um breve questionário com 149 mulheres brasileiras de 18 a 60 anos, por meio da plataforma Google Forms, com o intuito de colher informações

quantitativas e qualitativas sobre a vida sexual das participantes, havendo também espaço para que compartilhassem relatos e justificativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

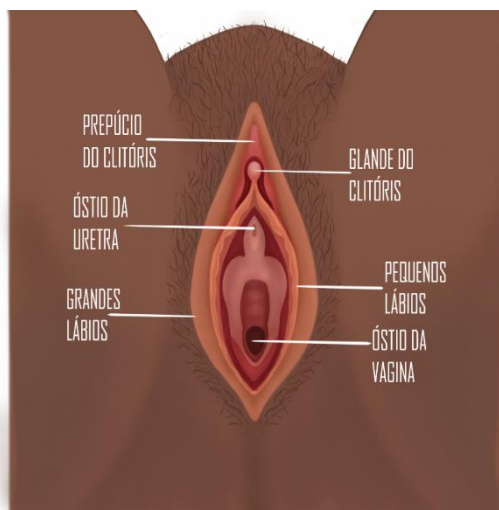
Anatomia da vulva e clitóris

As mulheres e seus corpos foram oprimidos ao longo da história da sociedade. No que se refere à anatomia e fisiologia básicas de suas vulvas, a maioria das mulheres possui pouco ou nenhum conhecimento, tanto pela presença de tabus que permeiam essa região, como pela falta de interesse científico no tema (RAMOS, 2018).

Como afirma Agionaldo Lopes, presidente da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais “O grau de familiaridade com o próprio corpo não acompanhou a evolução do papel da mulher na sociedade” (MENDES, 2015). Para que as mulheres possam ter uma melhor compreensão da sexualidade e do prazer feminino, é necessário que elas conheçam seus corpos, especialmente seus órgãos sexuais. Além disso, denominar esses órgãos da maneira correta, auxilia, inclusive, na relação médico-paciente.

Os sinônimos “vulva” e “pudendo” compreendem o monte do púbis, os grandes lábios, pequenos lábios, clitóris, uretra, óstio da vagina, bulbos do vestíbulo e glândulas associadas. Já o termo “vagina” é utilizado para denominar a passagem musculomembranácea que une a cavidade do útero ao exterior, permitindo a penetração e saída de sangue menstrual, por exemplo (TRÖGER, 2008). Logo, trata-se de um espaço interno, em que apenas o seu óstio pode ser visto externamente. Para maior detalhe, na ilustração abaixo temos em destaque (Figura 1).

Figura 1. Imagem da genitália externa em posição ginecológica



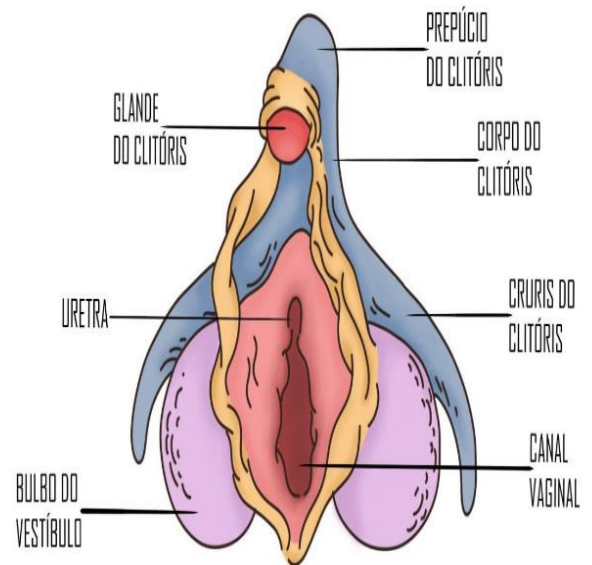
- **Grandes lábios:** pregas que contêm tecido subcutâneo frouxo e musculatura lisa, seguindo em sentido inferoposterior do monte do púbis ao ânus. São laterais a uma depressão menor, a rima do pudendo, que contém os lábios menores;
- **Lábios menores:** pregas arredondadas de pele com tecido erétil em sua base;
- **Prepúcio do clitóris:** é formado anteriormente por duas lâminas dos lábios menores, sobrepondo-se à glândula do clitóris, fazendo sua proteção;
- **Glândula do clitóris:** em formato de ervilha, localizado acima da uretra, é a parte mais externa e inervada do clitóris;
- **Óstio da vagina:** espaço circundado pelos lábios menores, onde pode ocorrer penetração e saída do fluxo menstrual;
- **Óstio da uretra:** orienta o fluxo de urina.

Fonte: TRÖGER, 2008.

Até o século XX, pouco se sabia sobre a estrutura do clitóris, que inclusive era pouco abordado em livros clássicos de anatomia, diferentemente de seu homólogo, o pênis. No entanto, o conhecimento anatômico do único órgão exclusivo para o prazer avançou exponencialmente nos últimos 20 anos, por contribuições da urologista australiana Helen O'Connel, que fez a primeira descrição completa desse órgão (RAMOS, 2018). Embora tenha sido por muito tempo sub-representado por uma pequena estrutura (sua glândula apenas), o clitóris tem boa parte de sua estrutura no interior do corpo (FERNÁNDEZ *et al.*, 2018), como observado na Figura 2.

- **Glande do clitóris:** estrutura externa e arredondada de tecido não erétil, onde se concentra a maior parte das terminações nervosas, entre 6000 e 8000, o dobro de seu homólogo masculino. (FERNÁNDEZ *et al.*, 2018). É protegida pelo prepúcio (MAZLOOMDOOST & PAULS, 2010);
- **Corpo do clitóris:** ligado à glândula, se projeta em direção à pelve e é conectado com o osso púbico através de ligamentos. Divide-se em dois para formar os ramos/cruris;
- **Cruris:** compostos por corpo cavernoso erétil, se tornam mais firmes com a excitação, aumentando de tamanho como consequência do estímulo sexual (PUPPO & PUPPO, 2006);
- **Bulbos do vestíbulo:** situados na região anterior do períneo, se estendem atrás dos grandes lábios, passando pela uretra, canal vaginal e em direção ao ânus. Com a excitação, se enchem de sangue e incham, aumentando a sensibilidade do canal vaginal e dando a sensação de pulsação. São unidos abaixo do vestíbulo da vagina e cobertos por músculo bulbocavernoso, que faz a contração do terço inferior da vagina durante o orgasmo.

Figura 2. Imagem do modelo tridimensional do clitóris



Fonte: PAULS, 2015.

Libido feminina

Além do conhecimento anatômico, faz-se necessário entender sobre o desejo. Nesse contexto, libido é uma palavra latina que significa justamente desejo. Esse conceito foi usado pela primeira vez por Sigmund Freud, na tentativa de indicar a energia correspondente ao lado psíquico do impulso sexual (FREUD, 1977). A libido se refere aos estados mentais e biológicos humanos básicos envolvidos no comportamento sexual (GRAZIOTTIN, 2000), contendo três nichos principais: biológico, motivacional/afetivo e cognitivo. Esses nichos sofrem alterações constantes e por diversos fatores, dentre eles questões hormonais, neurofisiológicas e psíquicas. A compreensão dos aspectos psicológicos e biológicos que influenciam a libido promove o autoconhecimento, bem como a prevenção e entendimento de possíveis transtornos do desejo sexual (FLEURY, 2009).

Psicossexual

O desejo sexual é comprometido por uma série de influências inibitórias e excitatórias. A diminuição do desejo pode estar relacionada a distúrbios da excitação sexual, dispareunia e anorgasmia. Também as disfunções sexuais do parceiro ou parceira afetam o desejo feminino (CAREY, 2006).

A depressão é fortemente associada à diminuição do desejo sexual, sendo complexa a relação entre essa doença, conflitos conjugais e disfunção sexual (CAREY, 2006). Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) tendem a inibir o desejo e dificultar o orgasmo. O aumento da idade provoca grande variabilidade nos parâmetros sexuais, confirmando que a atividade sexual da mulher menopáusicas e pós-menopáusicas depende progressivamente de condições básicas, como bem-estar, saúde física e mental, qualidade do relacionamento e circunstâncias de vida (ABDO & FLEURY, 2006). Além disso, a intensidade do interesse sexual varia principalmente em função da experiência sexual anterior e da qualidade e significado da própria sexualidade, na juventude.

Entre as mulheres de idade avançada, nem sempre o interesse sexual vem acompanhado de atividade, principalmente pela ausência de uma parceria sexual. Em alguns casos, a atividade sexual cessa em decorrência de falta de carinho, problemas de comunicação e sentimento de culpa ou dor. Nesse contexto, os principais fatores limitantes são: sentimentos e problemas conjugais, bem-estar subjetivo precário, assim como incidência e gravidade dos sintomas menopausais. Apesar do estado menopausal levar à atrofia e secura vaginal e à dispareunia, a questão é complexa (ABDO & FLEURY, 2006). Dentre os diversos fatores que englobam essa complexidade, estão os valores sociais.

Masturbação e orgasmo

Por muito tempo, a sociedade ocidental era pautada na ética e nos padrões do Cristianismo, o qual estabelecia que o corpo da mulher era sagrado e tinha uma única função, a reprodução, sendo somente aceita e legitimada no âmbito social na instituição do casamento (TRINDADE & FERREIRA, 2008).

Dessa forma, a mulher se ocultou de conhecer seu próprio corpo, de explorar sua sexualidade e de se deixar sentir prazer em uma relação sexual, devido a estigmatização causada pelo conceito de pecado (TRINDADE & FERREIRA, 2008). Visto isso, um dos principais desafios da sexualidade contemporânea da mulher é o orgasmo e o prazer feminino (PEREIRA & SOUZA, 2019). Nestes, ainda estão implicitamente presentes alguns valores estabelecidos no passado que tornam esse assunto tabu, reprimindo a mulher de buscar a sua satisfação sexual. Isso se evidencia no fato de que 10 a 26% das mulheres não experimentaram um orgasmo durante sua vida (PEREIRA & SOUZA, 2019).

Nesse sentido, o orgasmo feminino é caracterizado como uma espécie de pico de prazer intenso, o qual se reflete no corpo em alterações de consciência, contrações conjuntas e rítmicas da musculatura pélvica, uterina e anal, e em um subsequente bem-estar e relaxamento corporal (MESTON *et al.*, 2004).

Além disso, o orgasmo feminino ativa diferentes áreas cerebrais, como o núcleo paraventricular do hipotálamo, a região periaquedutal do mesencéfalo, o hipocampo e o cerebelo (MESTON *et al.*, 2004). Eles são provocados pela estimulação de zonas vaginais presentes na maioria das mulheres na parede anterior, o que coloca em discussão, por uma questão anatômica, a

eficiência da penetração peniana em comparação com a masturbação na instigação do orgasmo feminino (MD, 1985).

Desse modo, um estudo publicado no *Journal of Sex & Marital Therapy*, realizado com mulheres de 18 a 94 anos, demonstrou que 18,4% das mulheres entrevistadas consideraram a masturbação como não necessária para alcançar o orgasmo e que apenas a relação sexual era capaz de levar ao clímax, 36,6% disseram considerarem necessários tanto a estimulação do clitóris quanto a relação sexual e 36% relataram que não há necessidade da masturbação, apenas da penetração, ainda que aquela provoque orgasmos melhores e mais intensos (HERBENICK *et al.*, 2018).

Vários fatores interferem na facilitação do orgasmo, como o nível de escolaridade, boa autoestima sexual, emoções positivas, psicoemocionais, interpessoais comportamentais e a prática da masturbação, que leva ao conhecimento do seu próprio corpo (PEREIRA & SOUZA, 2019). Ainda, existem diversos motivos que comprometem o orgasmo, como estresse, cansaço, distração cognitiva, emoções negativas frente à atividade sexual e a motivação, que traz em pauta a intimidade com o (a) parceiro (a) sexual, pois a intimidade na relação proporciona à mulher vivências sexuais positivas (PEREIRA & SOUZA, 2019).

Nesse contexto, a intimidade e a comunicação com o parceiro ou parceira são grandes influenciadores do orgasmo. Essa tese pode ser sustentada pela pesquisa em que foram entrevistadas 1.008 mulheres de 18 a 94 anos do GfK KnowledgePanel, publicada no *Archives of Sexual Behavior*, na qual 58,8% das entrevistadas declararam já ter fingido orgasmo, sendo que, dessas, 67,3% pararam com essa prática; As que continuaram eram mais inclinadas a relatar vergonha e insegurança de conversar com seu parceiro sobre sexo e sobre suas preferências sexuais. Além dessas, 55,4% das participantes declararam já terem cogitado ter essa conversa com o parceiro, mas decidiram não prosseguir: 42,4% por medo de magoar o parceiro, 40,2% por não acharem agradável entrar em detalhes e 37,7% por vergonha de tocar no assunto (HERBENICK *et al.*, 2019).

Com o intuito de provar a importância e a relação do prazer com a masturbação e o sexo com parcerias sexuais, o *Journal of Sex & Marital Therapy* publicou uma pesquisa na qual 2.059 mulheres dos EUA e da Hungria participaram. O estudo analisou mulheres que não tinham dificuldade de chegar ao orgasmo e mulheres que não chegavam tão facilmente. Os resultados obtidos foram que as mulheres com dificuldade orgástica relatam ter mais prazer, e chegar ao orgasmo mais facilmente, por meio da masturbação ao invés do sexo, enquanto as que não têm dificuldades orgásticas preferem e sentem mais prazer na relação sexual com parceiro ou parceira.

Assim, conclui-se que prazer sexual em conjunto é muito influenciado pela qualidade do relacionamento com o cônjuge, a importância do momento e a frequência, enquanto a masturbação é associada principalmente à experiência e à prática, o que torna mais fácil e rápido chegar ao orgasmo, além de ser mais eficiente e prazeroso (ROWLAND *et al.*, 2019).

Pesquisa empírica sobre sexualidade feminina

Para melhor visualização e embasamento do estudo, foi realizada uma breve pesquisa com 149 mulheres brasileiras de idade entre 18 e 60 anos, sendo a maioria (79,6%; n = 117) mulheres jovens de 18 a 25 anos. De todas as participantes, 95,3% (n = 141) são sexualmente ativas e 74,3% (n = 110) se identificam como heterossexuais, 18,9% (n = 28) como bissexuais, 5,4% (n = 8) como lésbicas e 1,4% (n=2) não se identificaram com nenhuma das opções disponíveis.

Através do estudo, pode-se desenhar um panorama sobre a vida sexual feminina, enfatizando a relação das participantes com sua própria sexualidade e dando especial destaque ao orgasmo.

Primeiramente, foi colocada em pauta a importância dada pelas participantes à chegada ao clímax durante a relação sexual, avaliando com uma nota de 1 a 10, sendo 1 “pouco importante” e 10 “muito importante” (Figura 3). Em seguida, as participantes classificaram, novamente de 1 a 10, a importância dada ao atingimento do orgasmo, dessa vez pelo parceiro (Figura 4). Os gráficos referentes aos resultados são apresentados abaixo:

Figura 3. Gráfico referente à questão “Para você, em uma escala de 1 a 10, o quão importante é que você atinja o orgasmo durante a relação sexual?”

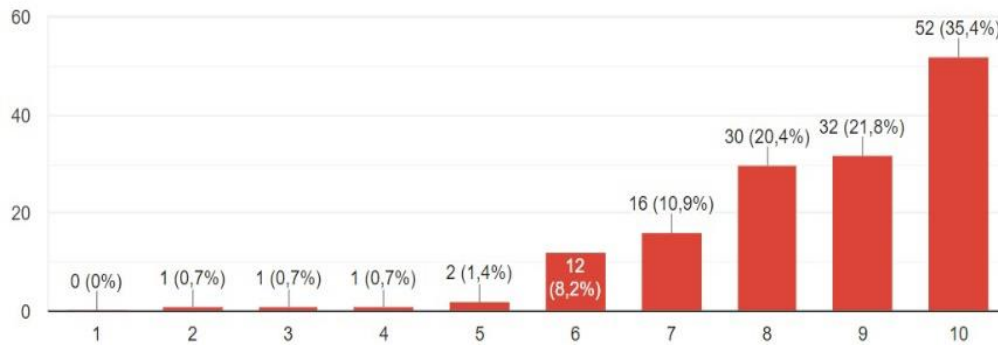
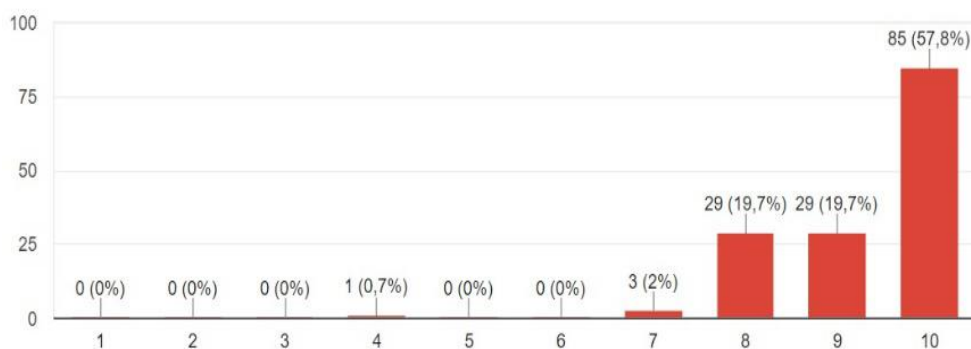


Figura 4. Gráfico referente à questão “Em uma escala de 1 a 10, o quão importante é que o (a) seu (a) parceiro (a) atinja o orgasmo durante a relação sexual?”



Percebe-se, então, que as mulheres entrevistadas julgam o orgasmo do parceiro como mais importante do que o seu próprio.

Quando se trata de relações sexuais heterossexuais/entre homens e mulheres, pode-se utilizar o termo sociológico “roteiro sexual”, introduzido em 1973 pelos sociólogos John Gagnon e William Simon. O roteiro sexual estabelece que, durante o sexo, homens e mulheres seguem comportamentos distintos, conforme o que é considerado adequado e esperado de cada gênero (SIMON & GAGNON, 1986).

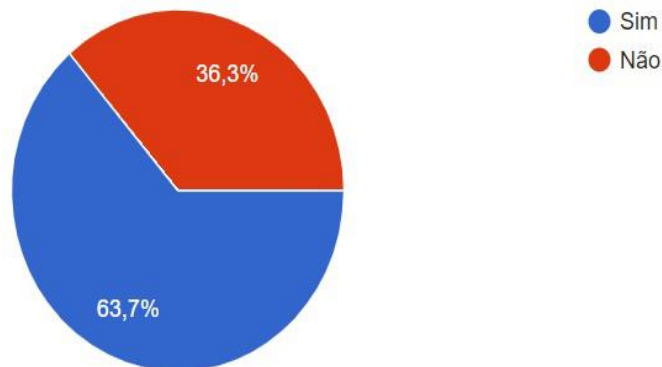
Seguindo o roteiro sexual feminino, espera-se que o comportamento da mulher seja de ser desejada mas não desejar sexo, ter menos vontade de praticar o ato e buscar na relação confiança e conexão emocional, enquanto o roteiro sexual masculino reforça a expectativa que os homens estão constantemente pensando em sexo e aptos a fazê-lo a qualquer momento, priorizando o prazer em detrimento da relação em si (MASTERS *et al.*, 2013).

Dessa forma, o resultado da pesquisa pode ser interpretado como o seguimento dos padrões estabelecidos pelo roteiro, que coloca a mulher em segundo plano e o homem como potência sexual.

Há uma maior expectativa por ambos que o homem necessariamente alcance o orgasmo, o que possivelmente justifica o porquê de as mulheres darem maior importância à chegada ao clímax do parceiro e não à sua.

A segunda pergunta questionava se as participantes já haviam fingido um orgasmo e, caso a resposta fosse afirmativa, o porquê do ocorrido. Os resultados demonstraram que 63,7% (n = 93) das mulheres participantes afirmaram já terem fingido um orgasmo, contra 36,3% (n = 53) que negaram a realização de tal prática (Figura 5).

Figura 5. Gráfico de pizza referente à pergunta “Você já fingiu um orgasmo?”



O sentimento de necessidade de fingir o orgasmo ocorre por conta de um cenário frustrante e incompatível com o roteiro sexual, uma vez que algo deveria estar acontecendo e não está, sendo preciso fazer uso de “artefatos” para atingir o desfecho esperado (MUEHLENHARD & SHIPEE, 2010).

Quanto à justificativa, 33,3% (n = 26) das participantes afirmaram que fingiram o orgasmo para agradar ou não chatear o parceiro. Roberts *et al.* (1995) descreve que “é papel do homem fazer a mulher chegar ao orgasmo, sendo este a prova da qualidade do seu trabalho”. A falta da resposta corporal e sonora das mulheres indica, implicitamente, que o homem falhou (MUEHLENHARD & SHIPEE, 2010), fazendo com que as mulheres, seja por empatia ou por inconscientemente sentirem a necessidade de cumprir com o roteiro sexual, atuem para não desagradar o parceiro.

Por outro lado, 30,76% (n = 24) das mulheres entrevistadas disseram que o motivo do fingimento era a vontade de “terminar logo”. A manifestação do orgasmo seria suficiente para que o parceiro compreendesse que a sua função está completa e, assim, o ato sexual pode chegar ao fim ou passar da etapa das “preliminares” para a penetração, por exemplo (BRAUN *et al.*, 2013). Dez mulheres relataram que fingiram o orgasmo por cansaço ou preguiça de continuar e 4 afirmaram que lhes faltava autoconhecimento para chegar ao clímax.

Evidenciam-se, portanto, questões que poderiam facilmente ser resolvidas por meio do diálogo entre o casal, sem a necessidade de manobras de atuação. A preferência das mulheres de fingir o orgasmo é decorrente de um desconforto no momento de pedir o prazer sexual e de uma vontade inconsciente de seguir com o roteiro sexual e os comportamentos por ele destacados (HERBENICK *et al.*, 2019).

Mulheres que fazem sexo com mulheres

Partindo-se do princípio de que a relação sexual vai muito além da penetração peniana, deve-se dar destaque também para mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM). As peculiaridades intrínsecas às práticas e necessidades sexuais de MSM tornam esse grupo distinto e particular quando tratado no âmbito da saúde sexual em geral, justificando o uso do termo (RUFINO *et al.*, 2018). Em razão de tais características, fazem-se necessários mais estudos e uma maior exploração do tema.

De forma conjunta à explosão da epidemia de AIDS no Brasil na década de 80, a preocupação com a sexualidade masculina cresceu de forma exponencial. Dessa forma, as questões de sexualidade e vida sexual da mulher foram negligenciadas, sendo temáticas abordadas de forma extremamente superficial e até tratadas como tabu. Há relatos que apontam a dificuldade de acesso a dados sobre o assunto, visto que essas mulheres são sujeitas a vulnerabilidades e vivências de estigma e discriminação social (RUFINO *et al.*, 2018). Ainda, estudos apontam experiências negativas em atendimentos médicos para mulheres lésbicas e bissexuais – e inclusive uma recusa na busca a esses atendimentos por conta do preconceito, despreparo e até violência contra esse grupo por parte dos profissionais de saúde (BARBOSA & FACCHINI, 2009).

Mesmo com diversos avanços no âmbito político e criação de políticas públicas em questão de proteção à população LGBTQI+, é inegável que o cenário continua sendo crítico para as minorias sociais, especialmente para as mulheres (BUESSO, 2020). É necessário que as vulnerabilidades experienciadas pelas MSM sejam expostas, desde as discriminações sociais, ao despreparo de diversos profissionais nos atendimentos, bem como de casos de violência, para que, cada vez mais, possa haver uma conscientização da população sobre a fragilidade e até invisibilidade sofridas por esse setor populacional.

No Brasil, pode-se afirmar – baseando-se em uma coleta de dados – que mulheres que fazem sexo com mulheres são menos propensas a utilizarem métodos de barreira durante suas práticas sexuais (RUFINO *et al.*, 2018). Além disso, nesse mesmo estudo, as MSM relataram maior diversidade em práticas sexuais – sendo grande frequência de realização de sexo oral e penetração vaginal digital durante os atos sexuais (RUFINO *et al.*, 2018). Ademais, pesquisas desenvolvidas ao redor do mundo mostram que 80% das MSM já realizaram atividades sexuais com homens em algum momento da sua trajetória, evidenciando fluidez em seus hábitos sexuais (RUFINO *et al.*, 2018).

Devido às eventuais práticas de sexo não seguro, diversidade e fluidez de atos conjugais, as mulheres podem estar mais sujeitas a ISTs e AIDS (BERTOLIN *et al.*, 2010). Assim, faz-se fundamental, por parte de médicos, a pesquisa de práticas e identidade sexual durante a vida das mulheres. O conhecimento médico – independente da identidade sexual autorreferida – tem uma influência extremamente positiva na saúde dessas mulheres, uma vez que permite a identificação de achados de valor clínico e sua prevenção, como de suscetibilidade a câncer de colo de útero, identificação de vulnerabilidades e de que forma esses fatores impactam a saúde (BUESSO, 2020). Esse conhecimento favorece a assistência médica adequada às necessidades peculiares e a humanização da saúde das MSM.

As ISTs podem ser causadas por diferentes microrganismos, como vírus, fungos, bactérias e protozoários. A transmissão ocorre através do contato, seja ele pelo sexo vaginal, oral ou anal, quando feitos sem proteção. Além disso, o contato também pode ocorrer da mãe para o feto, na gestação, amamentação e parto ou através da transfusão de sangue (BRASIL, 2020).

As ISTs são um fato recorrente em mulheres sexualmente ativas, com alta incidência principalmente nos países em desenvolvimento, onde estas estão entre as 10 principais causas de visitas ao médico (PINTO *et al.*, 2018). Na realidade brasileira, a população de baixa renda têm condições de saúde mais precárias, o que é potencializado pelo nível de instrução e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, culminando no aumento da transmissão de doenças. (FERNANDES *et al.*, 2000)

Devido a isso, essas infecções são um tema de Saúde Pública, já que evidenciam a necessidade de informação, planejamento e acesso ao tratamento apropriado. A falta de acesso ou o tratamento inadequado, juntamente com a escassez de recursos para diagnóstico, podem trazer consequências graves para as mulheres. (FERNANDES *et al.*, 2000). Dentre elas, pode-se citar: aborto, gravidez ectópica e neoplasias de colo uterino, vulva e vagina (PINTO *et al.*, 2018).

A sífilis, por exemplo, pode causar malformações congênitas, baixo peso do feto ao nascimento, além de parto precoce, aumentando o risco de mortalidade infantil. (OMS, 2016) O Vírus do Papiloma Humano (HPV) está relacionado à alta incidência de carcinoma de colo de útero; este microrganismo leva a uma predisposição para que a neoplasia ocorra, sendo esta a segunda maior causa de morte em mulheres no mundo (OMS, 2016). Doenças como clamídia e gonorreia, por sua vez, causam danos às tubas uterinas, podendo resultar em doença inflamatória pélvica e infertilidade (OMS, 2016).

Ainda, estudos apontam que há uma inter-relação entre a contração de ISTs, como herpes genital, sífilis e cancroide, assim como clamídia, gonococo e tricomonas, com a infecção e transmissão do HIV. Este fato é incidentemente maior em relação a mulheres jovens de baixa escolaridade e renda. (FERNANDES *et al.*, 2000). Assim, “Sessenta por cento dos casos novos de AIDS entre mulheres maiores de 12 anos deve-se à transmissão sexual”. (FERNANDES *et al.*, 2000). Nesse contexto, dados do Ministério da Saúde demonstram que a transmissão do HIV no Brasil atualmente se dá, majoritariamente, pela relação heterossexual, e está contaminando cada vez mais mulheres, além de estar passando por uma interiorização no país. (FERNANDES *et al.*, 2000).

Desse modo, diversos estudos apontam que o início precoce da atividade sexual da mulher está associado a um maior risco de contração de IST/HIV. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2016):

“O risco de contrair HIV é especialmente maior nas mulheres e meninas, não só por razões biológicas, mas devido a questões de desigualdade de gênero que limitam suas opções de saúde sexual e reprodutiva, inclusive sua capacidade de negociar atividade sexual de menor risco e a exposição à violência sexual. A violência, ou o medo da violência, também as impede de realizar o teste de HIV e acessar os serviços de prevenção.”

Ademais, mulheres casadas com homens, de acordo com um estudo realizado na cidade de São Paulo, tem mais chance de fazer sexo sem proteção, tendo baixa percepção do risco de contração de ISTs (PINTO *et al.*, 2018). Como afirma Fernandes *et al.* (2000):

“Não é difícil pensar que a transmissão heterossexual às mulheres possa se fazer através de parceiros que utilizem drogas injetáveis, que mantenham

relacionamento com outras parceiras, com mulheres trabalhadoras do sexo, ou, ainda, por meio de parceiros que, em razão do preconceito social, escondam relacionamentos homossexuais.”

Ainda, as MSM também aparentam se atentar menos para o risco de ISTs, como mostra a pesquisa feita por Pinto *et al.*, na qual apenas 2.1% das mulheres faziam uso de preservativos com suas parceiras sexuais, alegando “não ver sentido para o uso”. Apesar disso, 38,6% afirmaram ter tido histórico com esse tipo de infecções. (TAKEMOTO *et al.*, 2019). Nesse contexto, esse perfil de mulheres tende a fazer um diagnóstico tardio, tornando-se mais suscetíveis a complicações geradas pelas infecções, além de poderem proliferá-las sem o devido conhecimento.

Para agravar ainda mais o risco, as ISTs podem ser assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico e causa maior risco de transmissão. Quando os sintomas ocorrem, as manifestações se dão principalmente através de corrimentos, dor pélvica, dor ao urinar, úlceras e verrugas na região anogenital (BRASIL, 2020). No entanto, um estudo feito em seis Centros de Saúde na cidade de Campinas, com 249 mulheres, demonstrou que mais da metade da população entrevistada desconhecia quais eram os sinais e sintomas das ISTs. (FERNANDES *et al.*, 2000). Por outro lado, a maioria sabia sobre a função protetora desempenhada pela camisinha, apesar de 72,3% afirmar não usar qualquer tipo de preservativo.

Deste modo, a camisinha masculina ainda é o método mais eficiente em relação à prevenção de ISTs. A camisinha feminina, ainda que efetiva, depara-se com barreiras para que seja mais usada, como o alto custo (OMS, 2016). Atualmente, aposta-se no diafragma e microbicidas no que diz respeito a métodos que permitam que as mulheres tenham mais controle sobre a própria prevenção (OMS, 2016). Diversos microbicidas estão passando pelo período de triagem, sendo a próxima etapa a elaboração de estratégias para que sejam inseridos e aceitos pela população feminina. (OMS, 2016).

A eficácia da Saúde Pública em relação à redução de ISTs envolve a implantação de políticas públicas que assegurem a prevenção na transmissão de doenças pela atividade sexual, envolvendo tanto a capacitação e instrução referente a ISTs, quanto o uso de preservativos e o acesso eficaz aos serviços de saúde, incluindo a ampla vacinação das mulheres sexualmente ativas (PINTO *et al.*, 2018). Somado a isso, faz-se necessário amplas campanhas de conscientização, a fim de diminuir a estigmatização referente a pacientes contaminados e aumentar a responsabilidade coletiva perante a transmissão.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é possível perceber que, apesar de sua relevância, a saúde sexual feminina é pouco abordada na sociedade e na Ciência. Ao difundir conhecimentos sobre a sexualidade feminina, com informações relevantes, de maneira didática e cientificamente embasada, o meio acadêmico tem impacto fundamental na saúde sexual das mulheres. Com discussões como essas, é esperado que as mulheres possam, cada vez mais, desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, coerção, violência e discriminação, experimentando uma vida sexual informada, agradável e segura (HERA, 2006). A evolução da sociedade deve ser acompanhada pelo meio acadêmico, que deve instigar o interesse sobre o tema e fornecer informações confiáveis, a fim de dar suporte às mulheres em seu trajeto de emancipação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDO, C.H.N. & FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 33, p. 162, 2006.
- ALZANTE, H. Vaginal eroticism and female orgasm: A current appraisal. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 11, n. 4, 2008.
- BARBOSA, R.M. & FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, [s. l.], v. 25, 2009.
- BERTOLIN, D. et al. Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papilomavírus humano. *Cogitare Enfermagem*, [s. l.], v. 15, n. 10, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, 2020.
- BUESSO, T. S. Sofrimento psíquico, consumo de risco de álcool e uso de drogas ilícitas em mulheres que fazem sexo com mulheres. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, [S. l.], 2020. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/193680/buesso_ts_me_bot_par.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 12 nov. 2020.
- CAREY, J.C. Disorders of sexual desire and arousal. *Obstet Gynecol Clin North Am*, v. 33, n. 4, p. 549-64, 2006.
- FERNANDES, A.M.S. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.16, suppl.1, pp.S103-S112.
- FERNÁNDEZ, M.L.; FERNÁNDEZ, M.V.C.; CASTRO, Y.R. O clítoris e seus segredos. Unidade de Igualdade, Universidade de Vigo - Vigo, Espanha. 2013.
- FLEURY, H. J.; ABDO, C.H.N. Desejo sexual feminino. *Diagn. tratamento*, p. 47-51, 2009.
- FOLDES, P.; BUISSON, O. The clitoral complex: a dynamic sonographic study., *The journal of sexual medicine*, v. 6, n. 5, p. 1223–1231, 2009.
- FREUD, S.; STRACHEY, J.; RICHARDS, A. Three essays on the theory of sexuality and other works. Penguin, 1977.
- GAGNON, J. H.; SIMON, W., Sexual scripts: Permanence and Change, *Archives of Sexual behaviour*, 1986. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01542219>. Acesso em 12 nov. 2020.
- GRAZIOTTIN, A. Libido: the biologic scenario. *Maturitas*, v. 34, p. S9-S16, 2000.
- HAAVIO-MANNILA, E.; KONTULA, O. Correlates of Increased Sexual Satisfaction. *Springer Nature*, [s. l.], ago. 1997. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1024591318836#citeas>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- HERA - Health, Empowerment, Rights & Accountability. Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: ideias para ação. 1999. Disponível em: <https://iwhc.org/resources/hera-action-sheets/>. Acesso em: 14 de novembro de 2020.
- HERBENICK, D. *et al.* Women’s Experiences With Genital Touching, Sexual Pleasure, and Orgasm: Results From a U.S. Probability Sample of Women Ages 18 to 94. *Journal of Sex & Marital Therapy*, [s. l.], v. 44, n. 4, 9 ago. 2018.
- HERBENICK, D. et al. Women’s Sexual Satisfaction, Communication, and Reasons for (No Longer) Faking Orgasm: Findings from a U.S. Probability Sample. *National Library of Medicine*, [s. l.], v. 48, n. 8, 9 set. 2019.
- KONTULA, O.; MIETTINEN, A.. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, [s. l.], v. 6, n. 1, 25 out. 2016.
- MASTERS et al., Sexual Scripts among Young Heterosexually active men and women : continuity and change, *Journal of Sex Research*, abr 2012. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22489683/>. Acesso em 11 nov. 2020.
- MAZLOOMDOOST, D.; PAULS, R. N. A comprehensive review of the clitoris and its role in female sexual function. *Sexual medicine reviews*, v. 3, n. 4, p. 245-263, 2015.

- MENDES, V. Você precisa conhecer a sua vulva. Portal Uai, 25 nov 2015. Disponível em: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2015/11/25/noticias-saude,186696/voce-precisa-conhecer-a-sua-vulva.shtml>. Acesso em: 9 nov. 2020.
- MESTON, L. *et al.* Women's Orgasm, Annual Review of Sex Research, [s. l.], v.15, n.1, 2004.
- MUEHLENHARD, C.A; SHIPPEE, S.K, Men's and women's reports of pretending orgasm, The Journal of Sex Research, ago 2009. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19707929/>. Acesso em 12 nov. 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Estratégia global para prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis: 20016 - 2021. Genebra, 2016.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Plano de Ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021. Washington, DC, 2016.
- PAULS, R.N. Anatomy of the clitoris and the female sexual response. Clinical Anatomy, v. 28, n. 3, p. 376-384, 2015.
- PEREIRA, A.S.; SOUZA, W.F. PRAZER SEXUAL FEMININO: A EXPERIÊNCIA DO ORGASMONA LITERATURA. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, [s. l.], v. 30, n. 2, 31 dez. 2019.
- PINTO, V.M. *et al.* Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 23, n. 7, jul. 2018.
- PINTO, V.M. *et al.* Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. AIDS 2005;19 Suppl 4:S64-9.
- PUPPO, V.; PUPPO, G. Anatomy of sex: Revision of the new anatomical terms used for the clitoris and the female orgasm by sexologists. Clinical Anatomy, v. 28, n. 3, p. 293-304, 2015.
- RAMOS, M.C. *et al.* Precisamos falar sobre o clítoris na escola: investigando representações de estudantes de graduação em Biologia acerca do clítoris. 2018.
- ROWLAND, D. *et al.* The Experience of Orgasmic Pleasure during Partnered and Masturbatory Sex in Women with and without Orgasmic Difficulty. Journal of Sex & Marital Therapy, [s. l.], v. 45, n. 6, 31 maio 2019.
- RUFINO, A.C. *et al.* Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. Epidemiol. Serv. Saúde, [s. l.], v. 27, n. 4, 8 nov. 2018.
- TAKEMOTO, M.L.S. *et al.* Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e vaginose bacteriana em mulheres lésbicas: revisão sistemática e recomendações para melhoria do cuidado. Cadernos de Saúde Pública, [s. l.], v. 35, n. 3, 25 mar. 2019.
- TRINDADE, W.R.; FERREIRA, M.A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. Texto & Contexto - Enfermagem, [s. l.], v. 17, n. 3, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2020.
- TRÖGER, J. *et al.*, Moore Clinically Oriented Anatomy, 7e, [s.l.: s.n.], 2008.
- UNESCO. Orientações técnicas internacionais de educação em sexualidade: uma abordagem baseada em evidências. 2. ed. Brasília, 2019.

11

O PARTO É SEU: O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

FILIAÇÃO

¹ Acadêmicas do Curso de Medicina do Centro Universitário São Lucas – Afya Educacional, Porto Velho, RO.

² Professor do Curso de Medicina do Centro Universitário São Lucas – Afya Educacional, Porto Velho, RO.

AUTORES

ANA MARIA DE O. RAPÔSO¹

ARIELLA R. BRUSCHI¹

JÉSSICA MEIRELES NOGUEIRA¹

KÁLYTHA LETICIA S. SILVA GONZAGA¹

STEFANIE S. DO CARMO¹

THAISI DIAS PINTO¹

FLÁVIO A. TERASSINI²

Palavras-chave: Parto; Mulher; Violência Obstétrica.

INTRODUÇÃO

A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. São recorrentes as situações de abuso, desrespeito, negligência e maus tratos vivenciados por grávidas durante o trabalho de parto (TESSER, *et al.*, 2015). Apesar da chance dessas violações acontecerem em qualquer fase da gravidez, é no parto que essas mulheres se encontram mais vulneráveis e suscetíveis a tais acontecimentos. Ao contrário de outros procedimentos que são essencialmente de âmbito hospitalar, o parto é um processo fisiológico que necessita de cuidados e acolhimento. Porém, esse momento especial da vida de uma mulher tem sido alvo de agressões físicas e psicológicas com total desrespeito ao direito de decisão por parte das parturientes. É importante destacar que, segundo alguns estudos, a violência se dá através de gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência (PEREIRA *et al.*, 2016).

Uma em cada quatro mulheres sofre com atos de violência (PEREIRA *et al.*, 2016), por isso se faz extremamente importante conversar abertamente sobre o sofrimento psicológico enfrentado pelas mulheres a partir da exposição desses comportamentos iatrogênicos. Orientar acerca do que fazer perante as circunstâncias de abuso e proporcionar a compreensão e sensibilização de cuidados apropriados com a gestante e o bebê são assuntos que exigem atenção e dedicação dos profissionais da saúde, pois infelizmente muitas gestantes e parturientes passam por episódios de violência física, psicológica e sexual sem nem terem o conhecimento de que aquelas ações danosas e degradantes constituem atos de VO (CUNHA, 2015).

Contudo, mais importante que as cicatrizes que ficam após os procedimentos, são as marcas do trauma experimentado em um momento de total vulnerabilidade. Transtornos comportamentais,

de adaptação e ansiedade são apenas algumas das consequências mais comuns presentes entre mulheres que sofreram violência obstétrica. Passar por tais experiências pode contribuir no prejuízo da relação mãe-bebê, levam a um adoecimento físico e psíquico, como também pode impedir que a mulher volte a se idealizar em uma próxima gestação pelo medo de passar por situações semelhantes e igualmente degradantes (RÁDIO FORMAL, 2020).

Por fim, o trabalho tem como objetivo levar informações e orientações sobre a violência obstétrica e o parto humanizado, principalmente aos profissionais da área da saúde e mulheres gestantes ou em planejamento familiar, através de publicações em livros, congressos, mídias sociais e palestras, com intuito de orientar acerca de gestações e partos seguros, além de romper o estigma da violência obstétrica obtendo a compreensão da necessidade de prezar pela saúde da mulher.

MÉTODO

As informações usadas para o projeto foram retiradas de pesquisas bibliográficas do SciELO, LILACS, BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), utilizando os determinados descritores de saúde (Decs): Violência obstétrica; ética; gestação. No que tange à intervenção, as discentes do curso de medicina do Centro Universitário São Lucas criaram uma conta na plataforma Instagram® - com o usuário @oparto.eseu – voltado para a temática do projeto, de modo a expor informações para que as mulheres possam conhecer seus direitos enquanto futuras parturientes. Somado a isso, todas as informações divulgadas pelo Instagram® também se encontram expostas em um site, sendo este em parceria com outros projetos de conteúdos relevantes para a sociedade.

Graças ao sucesso do projeto nas redes sociais, contemplou-se a oportunidade de as estudantes executarem uma palestra oral no Centro de Referência Saúde da Mulher em Porto Velho, Rondônia com o apoio do corpo docente do Centro Universitário São Lucas. Para o evento, foram confeccionados 100 panfletos abordando o assunto da violência obstétrica e esclarecendo as formas de manifestação da violência nos diferentes períodos da gestação, as vantagens da escolha pelo parto normal, a real necessidade do parto cesárea, entre outros assuntos. O material foi entregue às mulheres presentes e logo após a palestra foi aberta uma roda de conversa onde experiências puderam ser compartilhadas e as dúvidas sanadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar de Inquérito da Violência Contra as Mulheres (2012), confere que existem alguns tipos de ações configurativas da VO: a VO física – quando são realizadas práticas invasivas, administra-se medicações não justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou de quem irá nascer, ou quando não se respeita o tempo ou as possibilidades de parto biológico; VO psíquica – refere-se ao tratamento desumanizado, grosseiro, humilhação, discriminação e omissão de informações sobre a evolução do parto; e por fim, mas não menos importante, a VO sexual – constitui toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo (PEREIRA *et al.*, 2016).

De acordo com D'Aguiar & D'Oliveira (2011), a violência institucional nas maternidades públicas brasileiras é determinada, de certa forma, por uma violência de gênero, transformando

diferenças, como ser pobre e mulher, em desigualdades. Isso resulta em uma relação hierárquica na qual as pacientes são vistas e tratadas como objetos de intervenção profissional, deixando de lado sua autonomia de decidir os procedimentos aos quais querem ser submetidas. Uma pesquisa realizada pelo SESC e pela Fundação Perseu Abramo, “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, divulgada em agosto de 2010, ouviu-se a opinião de 2.365 mulheres e 1.181 homens, com mais de 15 anos de idade, de 25 unidades da federação, cobrindo as áreas urbanas e rurais de todas as macrorregiões do país. Foi relatado que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto (PEREIRA *et al.*, 2016).

Um dos exemplos mais predominantes da “normatização” da VO é o alto índice de cesáreas realizadas tanto na rede de saúde pública e privada sem que haja qualquer indicação clínica. O parto cesáreo é indicado para parturientes que não conseguem evoluir com o parto natural e quando há indicativo do aumento da morbimortalidade para a mãe ou para o feto.

Algumas das condições fetais e maternas são (Tabelas 1 e 2):

Tabela 1. Indicações fetais para o parto cesárea.

Apresentação pélvica	O bebê apresenta-se sentado (pélvico), neste caso a cesariana eletiva é benéfica.
Gestação gemelar*	Quando o 1º feto se apresenta pélvico e o 2º cefálico (cabeça para baixo) há indicação de cesariana em vista de possível maior morbimortalidade fetal.
Sofrimento fetal agudo:	Recomenda-se a cesariana em menor intervalo de tempo possível.
Macrossomia	A cesariana é indicada em fetos acima de 4500 g, principalmente em primíparas.
Situação transversa	Fetos a termo devem ser submetidos à cesariana fora do trabalho de parto.
Placenta prévia	Recomenda-se cesariana antes do trabalho de parto.
Descolamento prematuro de placenta com feto vivo	A cesariana é recomendada, exceto quando o parto via baixa for mais rápido.
Procidência de cordão	Na maioria das vezes a cesariana é urgente e obrigatória.
Malformações congênitas	Em vários casos, a decisão por cesariana é influenciada pela necessidade de planejamento e equipe especializada para receber o feto.
Apresentação cefálica, pélvica e transversa.	

Legenda: *Gestações trigemelares, também é recomendada a cesariana. **Fonte:** MARTINS *et al.*, 2002.

Tabela 2. Indicações maternas para o parto cesárea.

Infecção pelo HIV	Devido à transmissão vertical, é benéfico realizar cesariana eletiva fora do trabalho de parto.
Cesariana prévia	Pelo risco aumentado de ruptura uterina.
Herpes genital ativo	

Fonte: MARTINS *et al.*, 2002.

No Brasil, segundo informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de 2015, os partos hospitalares representam 98,08% dos partos realizados na rede de saúde e, entre os anos de 2007 e 2011, houve um aumento de 46,56% para 53,88% de partos cesáreas. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2015) mostram que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números variam entre o atendimento

nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente. Esse cenário é considerado alarmante quando se leva em conta que a recomendação da Organização Mundial da Saúde – OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996) é de uma taxa de cesáreas que varie entre 10 a 15% (ZANARDO *et al.*, 2017).

Foi instituída em 2011 a Rede Cegonha, uma inovadora estratégia do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.459. Tem como base os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Dessa forma, a Rede Cegonha organiza-se de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação. Tudo isso vem sendo discutido e construído no país desde os anos 1990, com base no conhecimento e na experiência de profissionais da saúde, antropólogos, sociólogos, gestores e colaboradores do Ministério da Saúde, entre outros (UFMA/UNA-SUS, 2015).

A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (UFMA/UNA-SUS, 2015).

A inserção da Rede Cegonha tem como objetivo promover um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2013).

Com isso, o SUS iniciou trabalhos que possibilitaram atendimentos mais humanizados e voltados para o bem estar da gestante. A atuação e acompanhamento das gestantes por doulas (pessoa que dá suporte emocional à mulher intraparto, com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais e aleitamento materno) (BARBOSA *et al.*, 2018), a realização de documentos que esclareçam as vontades da parturiente, alas hospitalares equipadas e voltadas para oferecer o melhor atendimento são alguns dos exemplos de como o SUS tem buscado amparar as mulheres nesse período único de suas vidas.

Apesar dos avanços, a luta contra os atos de violência para com as gestantes ainda é um processo em andamento visto os índices nacionais de realização dos partos cesárea, pelo tabu ainda existente em torno do parto normal, a brutalidade ainda enfrentada pelas mulheres nos serviços públicos e privados e pelo fato de não haver reconhecimento legal da VO no Brasil. Uma prova disso é o fato de que o termo violência obstétrica somente foi reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, na Declaração de Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde como violação de direitos humanos das mulheres, sendo externada preocupação com o quadro (BRASIL, 2019).

O primeiro país latino-americano a reconhecer legalmente a VO foi a Argentina, em 2004, através da Lei 25.929 também conhecida como Ley de Parto Humanizado. Esta lei determina que a mulher possui o direito a um parto que respeite seu tempo biológico e psicológico, evitando-se ao máximo qualquer tipo de prática invasiva e fornecimento de medicação desnecessária. Outro país que já possui legislação relacionada a esse tema é a Venezuela, que tipificou a VO como delito, ao sancionar em 2007 a Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência

(PEREIRA, *et al.* 2016). Entretanto, não há no Brasil, ainda, uma lei específica que reconheça a VO como uma violação dos direitos das mulheres.

Abaixo segue o modelo dos materiais distribuídos no Centro de Referência da Mulher em Porto Velho, Rondônia (Figura 1, parte A e B).

Figura 1. Panfleto sobre Violência Obstétrica

Parte A (Contém a capa e o verso do panfleto)

Em caso de violência, o que fazer?

Exija a cópia do seu prontuário junto à instituição de saúde que foi atendida. Anote o CRM (em caso de médicos), ou COREM (em caso de enfermeiros ou técnicos de enfermagem).

DENUNCIE:

- SUS – Secretaria de Saúde
- ANS – Agência Nacional de Saúde (Caso seja pelo plano)
- Disque Saúde (156)
- Disque Denúncia (180)
- Secretarias municipal, estadual ou distrital.
- Conselhos de classe.

Carta às Mamães:

A jornada de gerar uma nova vida é um momento único, complexo, desafiador e mágico na vida de todas as mulheres. Sua gestação não se iniciou no momento em que você descobriu que estava grávida, mas sim na primeira vez que você sonhou em ser mãe!

Você é forte, é linda, é importante! Como mulher você passa por inúmeras mudanças no seu físico, mas sua verdadeira transformação é por dentro. Você jamais será a mesma, pois a palavra 'amor' agora se materializou na pessoa mais importante desse mundo: seu bebê. Você, mãe, é e sempre será o nosso primeiro amor!

Você pode e deve ter uma experiência obstétrica positiva. Merece cuidado, respeito, assistência, e atenção! Não aceite menos que isso!

O parto é seu!

O momento mais especial da sua vida não precisa ser um trauma!

Nos acompanhe no instagram! @oparto.eseu

SÃO LUCAS CENTRO UNIVERSITÁRIO

Fonte: CARMO, 2020.

Parte B (Contém a parte interna do panfleto).

O que é violência obstétrica?

A expressão é utilizada para descrever qualquer forma de abuso ou maus tratos que venha acontecer durante o cuidado obstétrico. A violência pode se apresentar na forma de violência física, psicológica e/ou verbal, assim como em procedimentos desnecessários e danosos.

Quando é violência obstétrica?

- Durante a gestação:
Pré-natal insuficiente - quando não é transmitida informações corretas ou poucas informações a respeito da gestação, falsas indicações de partos cesárea e comentários humilhantes a mulher.
- Durante o parto:
Abuso físico por meio de procedimento sem justificativa com toques vaginais dolorosos e repetitivos; imobilização física mantendo a mulher em posições muitas vezes dolorosa e outros procedimentos não consentidos.
- Após o parto:
A violência verbal ocorre na comunicação desrespeitosa que subestima e ridiculariza sua dor, desmoralizações do seu pedido de ajuda, além de humilhações de caráter sexual, que causam na mulher um sentimento de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação e insegurança.

Parto Normal X Cesariana

Consequências para a mãe:

- Rápida recuperação
- Facilita o aleitamento
- Facilita o próximo parto
- Dificuldade para cuidar do bebê
- Risco de infecção
- Risco de hemorragia
- Maior chance de complicação em outra gestação

Consequências para a bebê:

- É levado direto ao colo da mãe
- Sistemas como o respiratório e imunológico são estimulados no parto
- Permanece afastado da mãe por mais tempo
- Demora no início da amamentação
- Maior risco no desenvolvimento de alergias

Indicações para a cesariana

Quando o bebê estiver: sentado, quando o batimento cardíaco fetal for baixo, ele for muito grande, em casos de descolamento de placenta, má formação fetal e cordão umbilical envolta do pescoço.

Quando a mãe tiver: herpes genital ativo, HIV e risco de ruptura de útero

Fonte: CARMO, 2020.

CONCLUSÃO

Observa-se a importância de esclarecer esta temática junto aos profissionais da área de saúde, em prol das boas práticas na relação médico-paciente, através da observância e cumprimento das legislações, punições e formas de denúncia, para que assim haja uma reflexão junto aos mesmos, resultando em possível transformação em sua prática agindo de forma não violenta, sem impor a autoridade profissional, prezando o respeito mútuo e segurança quanto às técnicas utilizadas seja no momento de trabalho de parto, no parto e puerpério. Além de levar o conhecimento para as mulheres, acerca das definições, leis, formas de denúncia da violência obstétrica, para que assim, as mesmas possam saber a respeito das boas práticas para o trabalho de parto e nascimento, por fim, oferecer a elas o poder de escolha e garantir os direitos legais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, J.M. & D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface*, Botucatu, v. 15, n. 36, 2011.
- BARBOSA, M.B.B. *et al.* Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. Rio de Janeiro, v. 42, p. 421, 2018.
- BRASIL. Lei nº 12.986, de 02 de junho de 2014. Recomendação nº 5, de 9 de maio de 2019 ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica. *Diário Oficial da União*: Edição 105, Seção 1, p. 77. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Conheça a Rede Cegonha*. Brasília, DF, 2013.
- CUNHA, C.C.A. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais. Brasília, DF, p. 8, 2015.
- MARTINS, S.H *et al.* Cesariana - Indicações. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. p 187-191, 2002.
- PEREIRA, J.S. *et al.* Violência Obstétrica: Ofensa à Dignidade Humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. Vol. 15. Nº 1. 2016.
- RÁDIO JORNAL. Consequências físicas e psicológicas da violência obstétrica afetam mãe, filho e familiares, 2020. Disponível em: <<https://radiojornal.ne10.uol.com.br/noticia/2020/10/07/consequencias-fisicas-e-psicologicas-da-violencia-obstetrica-afetam-mae-filho-e-familiares-196539>> Acesso em: 12 nov. 2020.
- TESSER, C.D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev. Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*. 2015.
- UFMA/UNA-SUS. *Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha*. São Luís, unidade 2, p. 7. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Care in normal birth: a practical guide*. Report of a technical working group. Geneva, 1996.
- ZANARDO, G.L.P. *et al.* Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa. *Rev. Psicologia & Sociedade*, v. 29, p. 2. 2017.

12

NUTRIÇÃO MATERNA NO DESENVOLVIMENTO FETAL

FILIAÇÃO

¹ Claretiano - Centro
Universitário, Rio Claro - SP

AUTORES

**ANA LAURA MARTINS MARRA MAGNO
LUCINDO¹
GABRIELLA SOARES DE SOUZA¹**

Palavras-chave: Nutrição Materna-Infantil; Doenças; Desenvolvimento Fetal

INTRODUÇÃO

O estado nutricional e o adequado ganho de peso materno são fatores importantes para o bom resultado da gravidez, sendo necessário o equilíbrio entre o consumo adequado de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades metabólicas, além de atuar e influenciar na manutenção da saúde da mãe e do feto, resultando em uma gestação e uma vida saudável para ambos (MIEKO *et al*, 2012)

Entretanto, a gravidez provoca modificações fisiológicas no organismo materno, que geram um aumento de indispensabilidade em relação aos nutrientes essenciais, incluindo as proteínas, vitaminas, carboidratos e lipídios, a fim de manter a nutrição materna, garantindo o adequado crescimento e desenvolvimento fetal durante a gestação, sucedendo em um parto seguro. Portanto, durante a gestação, deve-se otimizar a alimentação da mãe, uma vez que implica diretamente no perfeito desenvolvimento do feto e na saúde da mulher (MIEKO *et al*, 2012).

Durante o primeiro trimestre gestacional, a saúde do embrião depende da condição nutricional proposta a ele, mas também das reservas energéticas e vitamínicas materna. A partir do segundo trimestre, os fatores externos maternos vão passar a ter contribuição direta sob a condição nutricional do feto. O ganho de peso adequado, a ingestão suficiente de energia e nutrientes, o fator emocional e o estilo de vida serão determinantes para o crescimento e desenvolvimento fetal adequado. Por conseguinte, estima-se um ganho de peso gestacional de 12,5 kg para grávidas saudáveis, com média de peso de 3,4 kg do conceito ao nascer, com acúmulo de 925 g de proteínas e 3.825 g de gordura. Logo, o processo de geração de um feto e a sua adaptação essencial no organismo materno requer um acréscimo de um gasto de 80.000 kcal, durante 280 dias de gestação, o que condiz em um aumento de 300 kcal na necessidade energética diária. Segundo dados apresentados na Tabela 1, pode-se observar o quanto é necessário de ingesta calórica pré-gestação e durante a gestação em relação aos principais nutrientes e sua necessidade energética diária. (ACCIOLY & LACERDA, 2009).

Tabela 1. Comparação da necessidade de ingestão diária entre grávidas e não grávidas

	Mulher adulta sadia, não grávida	Mulher adulta sadia, grávida
Calorias (kcal/kg/dia)	25 – 30	30 - 35
Proteínas (g/kg)	0,8 (2/3 vegetal, 1/3 animal)	1,1 (2/3 vegetal, 1/3 animal)
Ferro (mg/dia)	18	27
Ácido fólico (mcg/dia)	400	600
Cálcio (mg/dia)	1000	1000
Vitamina D (mcg/dia)	15	15
Ômega 3 (g/dia)	1,1	1,4
Ômega 6	12	13

Fonte: PARIZZI *et al.*, 2010.

Com isso, mães jovens, em geral, são fisiologicamente imaturas para suportar o estresse da gravidez, e o risco é especialmente maior quando a gestação acontece em menos de dois anos após a menarca. Destarte, as adolescentes têm sido consideradas como grupo de risco nutricional em razão de seus maus hábitos alimentares, pois, muitas vezes deixam de fazer refeições primordiais, por adotar dietas para emagrecer ou também podem ganhar peso em excesso, o que pode determinar uma ingestão alimentar totalmente diferente ao que é recomendado se tornando mais suscetível a riscos (BELARMINO *et al.*, 2009).

As exposições nutricionais, ambientais e qualidade de vida podem ter efeitos importantes sobre as condições de saúde da mulher, sendo janelas de oportunidades fatais para o desenvolvimento de doenças, tanto a si própria quanto para o feto. Assim, os períodos pré-gestacionais são momentos importantes para a intervenção nutricional preventiva para atenuar os possíveis riscos (PARIZZI; FONSECA, 2010).

Visto isso, nota-se que um ganho de peso insuficiente é totalmente relacionado a um maior risco de retardo de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal. Já a obesidade materna e o ganho de peso acima do ideal aumentam a chance dos riscos, tais como: diabetes gestacional, parto prolongado, pré-eclâmpsia, cesárea e depressão, e para o recém-nascido verifica-se maior morbidade neonatal e maior incidência de obesidade, sobrepeso e distúrbios metabólicos na infância e adolescência (MIEKO *et al.*, 2012).

Além disso, o crescimento fetal será diretamente influenciado pelo estado nutricional materno, uma vez que as anormalidades visualizadas nos padrões de crescimento fetal irão influenciar em recém-nascidos grandes ou pequenos para idade gestacional (GIG ou PIG, respectivamente). Ambos desenvolvem maior risco de complicações na saúde, como baixos índices de APGAR, aspiração de mecônio, convulsões, complicações respiratórias, períodos prolongados de hospitalização e sequelas a longo prazo, que podem evoluir para quadros de atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor (MIEKO *et al.*, 2012).

Nesse contexto, o aumento das necessidades nutricionais nesse período visa garantir o crescimento e o desenvolvimento fetal adequados, a formação da placenta e dos tecidos maternos, o suprimento das maiores demandas metabólicas, manutenção do peso materno, composição corporal e a prática de atividade física. Portanto, a avaliação e o acompanhamento do estado nutricional da gestante são de extrema importância, pois as condições intra-útero têm grande relação com a saúde do bebê na infância e na vida adulta (PARIZZI; FONSECA, 2010).

Dessa forma, compreende-se que a gestação é um período de profundas alterações no metabolismo materno, modificando as suas necessidades nutricionais basais a fim de garantir o adequado crescimento e desenvolvimento fetal, levando em consideração o período pré-gestacional da mulher. Outrossim, o monitoramento nutricional na gestação, com seu impacto positivo na saúde materno-fetal e no pós-parto, tem sido apontado como elemento fundamental na prevenção da morbidade e mortalidade perinatal, prognóstico da situação de saúde da criança nos primeiros anos de vida e na promoção da saúde da mulher (MIEKO *et al*, 2012).

Por fim, o objetivo desse estudo foi avaliar o estado nutricional materno para verificar os possíveis riscos gestacionais e o seu impacto na saúde materno-fetal, promovendo a promoção da saúde da mulher na sociedade.

MÉTODO

Foram coletadas informações disponibilizadas em bases de dados públicos referentes à mulheres gestantes na faixa etária de 26 a 37 anos, em que contemplam o período gestacional de 28 a 42 semanas gestacionais, a fim de estabelecer uma relação entre o estado nutricional materno a partir dos seguintes parâmetros: altura, peso inicial e índice de massa corpórea (IMC) pré-gestação em comparação ao peso final e IMC final.

O desenvolvimento fetal foi avaliado contemplando determinados aspectos, tais como: semanas gestacionais, tipo de parto (normal ou cesariana), se houveram intercorrências com a mãe ao longo da gestação (desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes gestacional e restrição do crescimento fetal), além de contemplar os valores de APGAR do recém-nato no primeiro e quinto minuto para avaliarmos a vitalidade a partir dos seguintes parâmetros: Frequência Cardíaca, Respiração, Tônus Muscular, Cor da Pele e Irritabilidade Reflexa. Com base nesses achados, foi possível conhecer o desenvolvimento da gestação em relação a saúde do bebê e da mãe.

Os resultados a serem discutidos a seguir serão apresentados em valores médios (MD) na forma de gráficos em barras, de acordo com cada grupo selecionado, descritos abaixo:

- A. Gestantes saudáveis (GS);
- B. Gestantes obesas (GO);
- C. Gestantes desnutridas (GD).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O seguinte trabalho propôs avaliar o estado nutricional materno para verificar os possíveis riscos gestacionais e qual seria o seu impacto na saúde materno-fetal, com o intuito de promover a promoção da saúde da mulher. Em relação a isso, criou-se três grupos de gestantes com diferentes perfis nutricionais, no qual resultou nos seguintes dados:

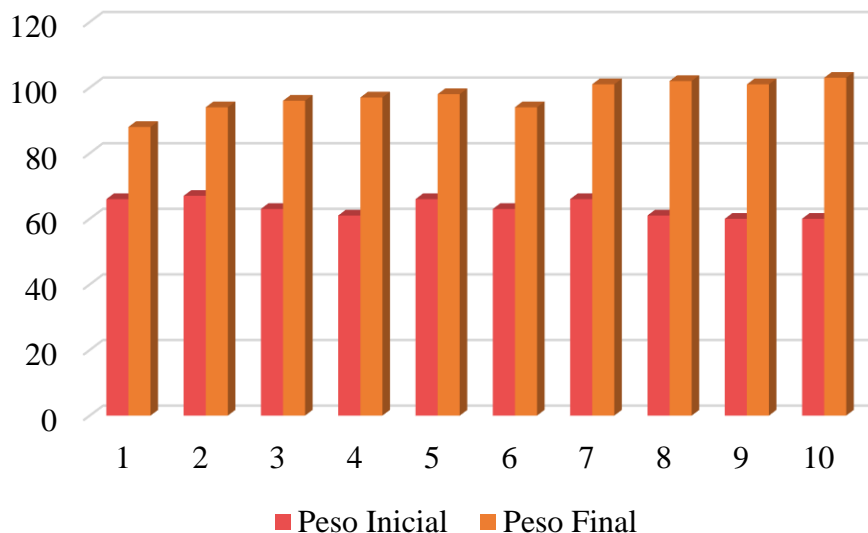
Grupo gestantes saudáveis (GS)

O GS foi composto por 10 gestantes com idade média de 31 anos, e que contemplavam um período gestacional na faixa de 40 semanas.

O referido grupo possuía um padrão de peso inicial na média de 60,4 kg que será apresentado nos gráficos abaixo sobre como as gestantes estavam no início e no final da gestação, evidenciando

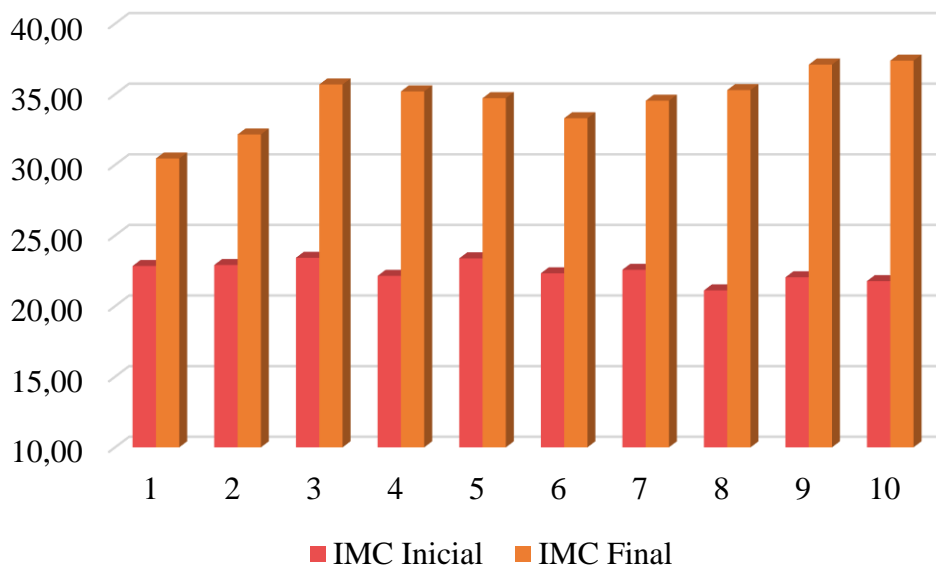
a sua relação entre seu peso inicial versus peso final e seu IMC inicial versus IMC final (Gráfico 1 e Gráfico 2, respectivamente).

Gráfico 1. Gestantes saudáveis – peso inicial versus peso final



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Gráfico 2. Gestantes saudáveis – IMC inicial versus IMC final



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Diante aos dados apresentados nos gráficos, se pode observar que, para haver uma gestação saudável e um parto seguro, a mulher deve otimizar a sua alimentação através de um monitoramento nutricional, no qual seu peso deverá aumentar na faixa de 9 a 13 kg para suprir todas as necessidades nutricionais para ambos durante a gestação, a fim de zelar a saúde da mãe, não acarretando-a nenhum prejuízo, e que o bebê possa se desenvolver totalmente.

Com isso, através da realização do teste APGAR, o qual demonstrou uma média no primeiro minuto de nove e no quinto minuto de 9,5, pode-se concluir que os fetos nascidos nesse tipo de gestação, são aqueles que possuem uma alta vitalidade, não havendo necessidade de intervenção pós-nascimento ao que tangem os aspectos do sistema respiratório.

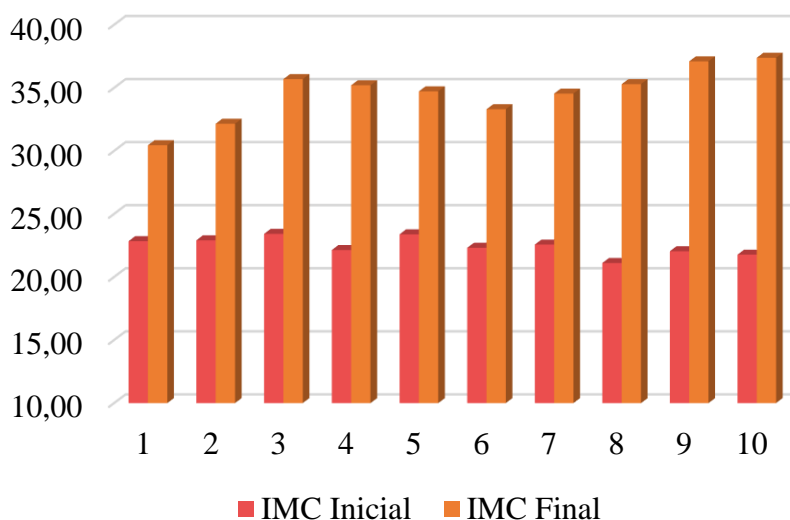
De acordo com um estudo realizado por Costa *et al.* (2014), o ganho de peso na gestação deve ser suficiente para promover o desenvolvimento fetal completo e para armazenar nutrientes adequados no organismo materno para o aleitamento. O Institute of Medicine (IOM) recomenda que as gestantes eutróficas (aquelas que possuem um peso adequado pré-gestacional) tenham um ganho de peso de 12,5 kg em média. Em função dos resultados observados por Costa *et al.*, 2014, destacamos que houve corroboração com os resultados encontrados e discutidos pelo nosso grupo de pesquisa, podendo assim afirmar que ambos possuem a mesma conclusão referente a importância do ganho de peso gestacional na vida da mulher e do feto.

Grupo gestantes obesas (GO)

O GO foi constituído por 10 gestantes, com idade média de 32 anos e na média de 36,5 semanas gestacionais.

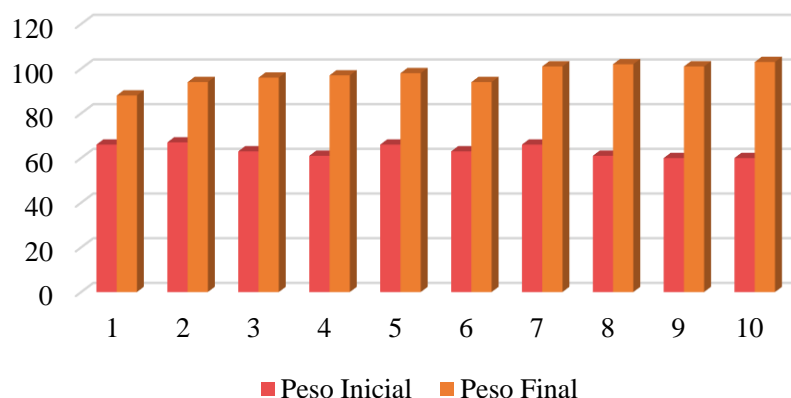
Este grupo era referente as mulheres que pesavam na faixa de 63,3 kg antes da gravidez. Visto isso, será apresentado dois gráficos que expõe o alto ganho de peso e seu elevado IMC desfrutado da gestação, comparando como a gestante estava anteriormente (Gráfico 3 e Gráfico 4, respectivamente).

Gráfico 3. Gestantes obesas – peso inicial versus peso final



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Gráfico 4. Gestante obesas – IMC inicial versus IMC final



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Segundo os dados apresentados, pode-se considerar uma gestante obesa quando a mesma ultrapassar um ganho de 16 kg durante a gestação, tornando-se mais susceptível a riscos. Logo, encontra-se gestantes hipertensas e diabéticas, alterando a saúde e o desenvolvimento do feto, o qual seu parto será submetido a uma cesárea devido a complicações advindas da obesidade materna. Diante do teste APGAR, a média do resultado do primeiro minuto foi de 6,5 e no quinto minuto 5,5. Nota-se que fetos advindos de uma gestação de risco devido a obesidade gestacional sucedem em uma vitalidade baixa, com a necessidade de intervenção pós parto, em que a sua grande maioria são encaminhados a UTI neonatal para monitoramento da saúde e amadurecimento do sistema respiratório, fator este que irá contribuir para atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor logo de início.

Segundo a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro, o ganho de peso acima do recomendado aumenta os riscos para uma série de resultados adversos, tais como: diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, cesárea e depressão. Para o recém-nascido, verifica-se maior chance de morbidade neonatal e maior incidência de obesidade, sobrepeso e distúrbios metabólicos na infância e adolescência. Já o alto aumento no IMC implica em um maior risco para cesarianas em obesas, contribuindo de maneira totalmente negativa para os resultados perinatais, aumentando o risco de recém-nascidos macrossômicos. Com isso, observa-se a grande compatibilidade nos dados e nas informações obtidas em ambos, justificando que o ganho de peso em excesso e o aumento no IMC na gestação trás inúmeras consequências à saúde e para a qualidade de vida materno-fetal (ZUGAIB, 2019).

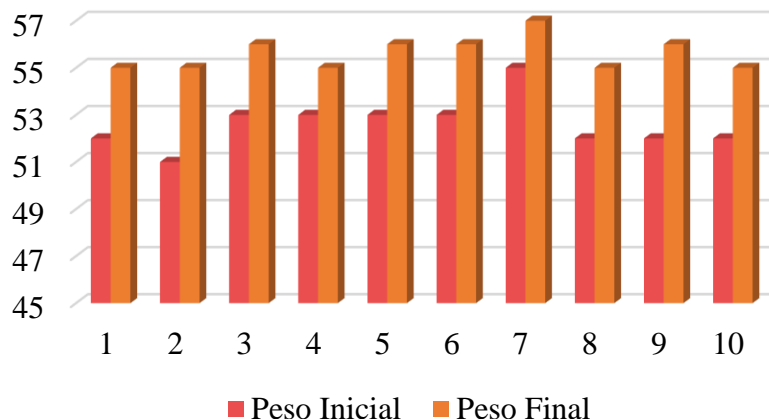
Grupo gestantes desnutridas (GD)

O GD foi composto por 10 gestantes com média de 31,4 anos, no qual a sua idade gestacional equivalia a 35,6 semanas.

Em relação aos resultados apresentados e discutidos, podemos observar que as gestantes já apresentavam um processo de desnutrição previamente a gestação, na qual evidenciavam uma média de peso de 52,6 kg, e durante o período gestacional não foi possível observar que as mesmas alcançaram as necessidades nutricionais recomendadas, evidência esta observada em função do

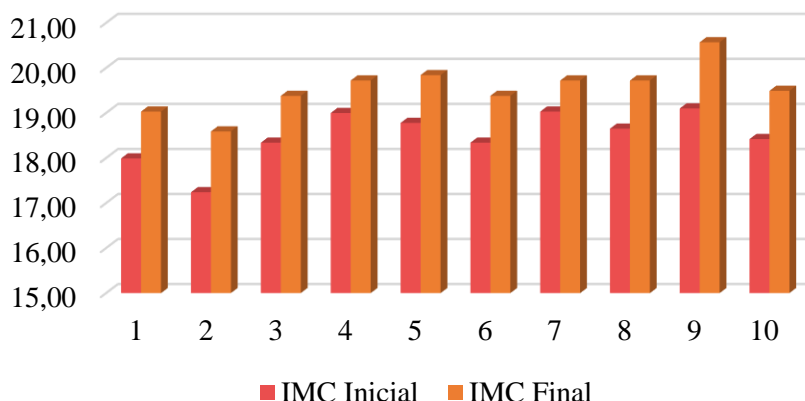
baixo ganho de peso e do baixo aumento de IMC. Abaixo seguem os dois gráficos que apresentam esse alto déficit (Gráficos 5 e 6, respectivamente).

Gráfico 5. Gestantes desnutridas – peso inicial versus peso final



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Gráfico 6. Gestantes desnutridas – IMC inicial versus IMC final



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

A partir dos dados disponíveis nos gráficos, verifica-se que as gestantes desnutridas são aquelas que não conseguem suprir todas as necessidades metabólicas e nutricionais dela mesma e do feto que está em desenvolvimento, acarretando em consequências. Normalmente, o peso dessas gestantes aumenta durante toda a gestação, no máximo 4 kg. Com isso, nos deparamos com quadros de hipertensão gestacional no qual necessitam submeter-se a uma cesárea em razão aos riscos já enfrentados durante a gestação.

Por fim, pelo fato desse alto déficit nutricional, os fetos têm uma determinada restrição no seu crescimento e desenvolvimento fetal, que podem ser demonstrados pelos valores médios do primeiro e quinto minuto do teste APGAR, 5 e 5,5 respectivamente, evidenciando em uma vitalidade muito baixa, na qual haverá necessidade de acompanhamento intensivo pós parto até a completa aquisição de peso e maturação adequada do sistema respiratório.

Conforme resultados publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem, correlacionados ao estado nutricional, o ganho de peso da gestante e o processo de desnutrição associam-se a uma maior taxa de morbimortalidade materna e perinatal, com maior risco de aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer e recém nascidos com reservas de ferro abaixo do normal e, portanto, com maior risco para desenvolver anemia já nos primeiros meses de vida. Outrossim, afirma-se que o ganho de peso necessário nesses casos seria de 15 kg, levando em consideração a desnutrição no início da gestação. Por esta razão, pode ser percebida a grande assimilaridade entre os dados e os contextos de ambos os trabalhos dispostos, comprovando a influência e o seu nível prejudicial a saúde da mãe e do feto (FIUJIMORI *et al.*, 2012).

Estatísticas de outros países

De acordo com o estudo de Palanch *et al.* (2017), a qual aborda o tema de nutrição materna e programação fetal, eles afirmam e provam que a dieta materna exerce total influência direta na saúde da mulher e nos filhos. Assim sendo, um dos principais fatores de prevenção da morbidade e da mortalidade perinatal, da promoção da saúde da mulher e de um prognóstico preciso da situação de saúde da criança, está relacionado ao acompanhamento nutricional durante a gestação. Deve ressaltar que no Sistema Único de Saúde (SUS) a avaliação nutricional ocorre de forma ativa e é realizada por antropometria (peso, altura e idade gestacional) no pré-natal, composta por uma equipe multidisciplinar, levando em consideração que a avaliação do consumo alimentar envolve fatores biológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais.

Sabe-se que o consumo de ferro e a ocorrência de anemia materna aumentam o risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia e aborto espontâneo. O excesso de ganho de peso materno e fetal pode estar associado a diabetes gestacional, resultando em dificuldades no parto, enquanto que um baixo ganho de peso gestacional está associado a um maior aumento no risco de retardo de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal (PALANCH *et al.* 2017).

O ganho de peso da gestante no primeiro trimestre não se altera em relação ao seu peso inicial, podendo apresentar variações aceitáveis de aumento de até 2 Kg ou até mesmo a diminuição de até 3 kg. No período entre o segundo e terceiro trimestre, o ganho de peso recomendado fundamenta-se no IMC pré-gestacional. Para o IMC gestacional, deve-se considerar de forma diferente daquela adotada para a população adulta padrão. Visto isso, a Tabela 2 classifica os perfis nutricionais das gestantes de acordo com a sua necessidade nutricional através de seu IMC pré gestacional (PALANCH *et al.*, 2017).

Tabela 2. Classificação do IMC Pré-Gestacional com o Ganho de Peso (g/semana) e o Ganho Total (Kg)

IMC Pré-Gestacional	Ganho de peso (g/semana)	Ganho Total (kg)
Baixo peso	500 g	12,5 a 18 kg
Normalidade	400 g	11,5 a 16 kg
Sobrepeso	300 g	7 a 11,5 kg
Obesidade	200 g	7 a 9,1 kg

Fonte: IOM, 2019.

Desta maneira, é nítido que a qualidade da alimentação da gestante está diretamente ligada ao desenvolvimento fetal e ao aparecimento de doenças crônicas na fase adulta dos descendentes. A subnutrição e o excesso nutricional materno aumentam a susceptibilidade dos filhos a alterações metabólicas, neuronais e no crescimento. Sendo assim, a atenção com a nutrição materna deve ser mais valorizada e discutida, visto a sua influência na saúde materno-fetal, divulgando de maneira mais ampla a importância de uma alimentação saudável nesses períodos críticos do desenvolvimento, a fim de enaltecer a saúde da mulher.

CONCLUSÃO

A realização desse estudo, permitiu a observação de pontos fundamentais no que tange à saúde materno-fetal frente ao processo gestacional e a sua correlação na ingestão alimentar da mãe, fato este que influencia de maneira direta no desenvolvimento fetal. Diante dos perfis nutricionais evidenciados nessa pesquisa, temos as seguintes conclusões abaixo:

Gestantes saudáveis: são mulheres que otimizam de forma positiva a sua alimentação com um auxílio de um monitoramento nutricional, no qual seu peso normalmente aumenta na faixa de nove a 13 kg, a fim de suprir todas as necessidades nutricionais e metabólicas para ambos durante a gestação. Com isso, a mulher terá uma saúde de qualidade, prevenindo o desenvolvimento de doenças, garantindo um parto seguro e calmo, no qual seu bebê nascerá com alta vitalidade.

Gestantes obesas: se refere a aquelas mulheres que engordam por volta de 16 kg durante a gravidez, trazendo consequências para a si mesma, tais como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, cesárea e depressão. Já para o recém-nascido, verifica-se maior probabilidade de morbidade neonatal e maior incidência em desenvolver obesidade, sobrepeso e distúrbios metabólicos na infância e adolescência.

Gestantes desnutridas: mulheres que não conseguem providenciar todas as necessidades nutricionais no desenvolvimento da gestação, no qual conseguem engordar somente 4 kg durante o período todo, sucedendo em uma maior taxa de morbimortalidade materna e perinatal, com maior risco de aborto espontâneo, prematuridade, baixo peso ao nascer e fetos com reservas de ferro abaixo do normal e, portanto, com maior risco para desenvolver anemia já nos primeiros meses de vida. Por fim, o ganho de peso necessário nesses casos seria de 15 kg, levando em consideração a desnutrição no início da gestação.

Desse modo, durante a gestação, o corpo feminino adapta-se fisiologicamente, através de alterações nutricionais, metabólicas e hormonais para proporcionar condições adequadas ao crescimento e desenvolvimento fetal, preparando-se para o parto, o pós-parto e a lactação. A avaliação e o acompanhamento do estado nutricional da mulher são de suma importância, pois já está bem esclarecido na literatura que as condições intra-uterinas têm grande influência na saúde durante a infância e na vida adulta do recém-nato. Portanto, tanto o alto ganho de peso, quanto a precariedade nutricional durante o período gestacional resultarão em diversas consequências materno-fetal.

Ademais, o estudo aponta a importância do cuidado nutricional antes e durante a gravidez, para a promoção da saúde materno-infantil. A abordagem da alimentação e avaliação do estado nutricional deve integrar a atenção básica da saúde à mulher gestante e durante a sua idade reprodutiva, em busca da manutenção do peso pré-gestacional adequado, com o intuito de prevenir

a obesidade e a desnutrição materna, a fim de enaltecer de forma significativa a promoção da saúde da mulher na sociedade contemporânea do século XXI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACCIOLY, E. & LACERDA, C.S. Nutrição em obstetrícia e pediatria, 2 ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2009.

BELARMINO, O.G. *et al.* Risco nutricional entre gestantes adolescentes. Revista Acta Paulista de Enfermagem, v. 15, p. 115, 2009.

COSTA, R. *et al.* Alimentação na gravidez. Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2014.

FIUJIMORI, E. *et al.* Estado nutricional e ganho de peso de gestantes. Revista Latino Americano de Enfermagem, v. 20, p. 2, 2012.

MIEKO, R. *et al.* Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal em gestação de alto risco. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 34, p. 107, 2012.

PALANCH, C.A. *et al.* Nutrição maternal e programação fetal: o papel dos hábitos alimentares no desenvolvimento embrionário e pós-natal. Saúde em Revista, v. 17, p. 49, 2017.

PARIZZI, M.R. & FONSECA, M.G.J. Revisão: Nutrição na Gravidez e na lactação. Revista Médica de Minas Gerais, v. 20. p. 341, 2010.

13

AÇÕES DE SAÚDE REALIZADA COM MULHERES NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA, Teresina, PI.

² Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA, Teresina, PI.

AUTORES

ANA MAELLY ESTEVES CRUZ¹

GIOVANNA SANTOS DA HORA¹

VÂNIA MARIA ALVES DE SOUZA²

Palavras-chave: Hemorragia; Puerpério; Mortalidade Materna.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define mortalidade materna (MM) como morte da mulher ocasionada no período da gestação, ou até 42 dias após o término desta, não interessando a duração ou localização da gravidez. Considera, ainda, qualquer causa associada ou agravada pela gestação ou por condutas tomadas em decorrência desse estado, excluindo apenas as causas acidentais ou incidentais, representadas pelas mortes violentas consumadas durante o período puerperal (ALVES *et al.*, 2014).

O puerpério, também denominado pós-parto, é o período que sucede o parto e, sob o ponto de vista fisiológico, compreende os processos involutivos e de recuperação do organismo materno após a gestação. Classicamente é reconhecido como início logo após a expulsão da placenta até de seis a oito semanas pós-parto, quando o corpo retorna às condições não-gravídicas. Didaticamente, pode ser dividido em três períodos: imediato (do 1º ao 10º dia após a parturição), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (MONTENEGRO *et al.*, 2017).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo. Estima-se que, em 2015, cerca de 303 mil mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto. No Brasil, a mortalidade materna apresentou queda de 120 óbitos por 100 mil Nascidos Vivos (NV) no ano de 1990, para 69 óbitos por 100 mil NV em 2013, exibindo queda de 43% no Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM). Apesar da mudança, o Brasil ainda não atingiu o 5º objetivo do milênio, em que o CMM ficaria na margem de 35 mortes por 100 mil NV, nível aproximadamente duas vezes superior ao objetivo instituído (OPAS,2018).

Em 2016, os óbitos maternos por hemorragia pós-parto foi de 98 para cada 100 mil, tem-se comprovado a cada ano aumento dos índices de mortalidade materna configurando-se como um problema de saúde pública. (FERREIRA *et al.*, 2019). Portanto a inovação nos processos de cuidado assim como a assistência qualificada e humanizada da equipe multiprofissional sobretudo dos profissionais de enfermagem são indispensáveis na superação desses índices elevados a partir do conhecimento de seus determinantes e das causas associadas.

A enfermagem deve avaliar e prestar assistência às puérperas após o parto normal até que a paciente tenha alta da unidade, deve ser capaz de diferenciar uma perda sanguínea normal no pós-parto imediato e uma hemorragia que coloca em risco a vida de uma puérpera, como também saber identificar os fatores de risco, para evitar acontecimentos indesejáveis no parto e pós-parto. É primordial que o profissional saiba reconhecer a causa da hemorragia puerperal e utilizar medidas corretivas como o uso de ocitocina, hidratação venosa e massagem uterina.

A Hemorragia Pós-Parto tem caráter evitável e em pelo menos 95% dos casos os fatores de risco são atonia, placenta prévia, acretismo placentário, coagulopatias, gestações múltiplas e multiparidade. Essas situações convergem com a instalação da hemorragia pós-parto (HPP), e, em decorrência disso, o quadro pode evoluir com choque hipovolêmico, coagulação intravascular disseminada (CIVD) e óbito materno. O quadro pode evoluir com choque hipovolêmico, coagulação intravascular disseminada (CIVD) e óbito materno (FERREIRA *et al.*, 2019).

A pesquisa visa através do estudo de ações em saúde contribuir para diminuição da mortalidade materna. Diante a exposição do tema o estudo visa analisar as produções científicas sobre as ações de saúde realizadas em mulheres com hemorragias no pós-parto.

MÉTODO

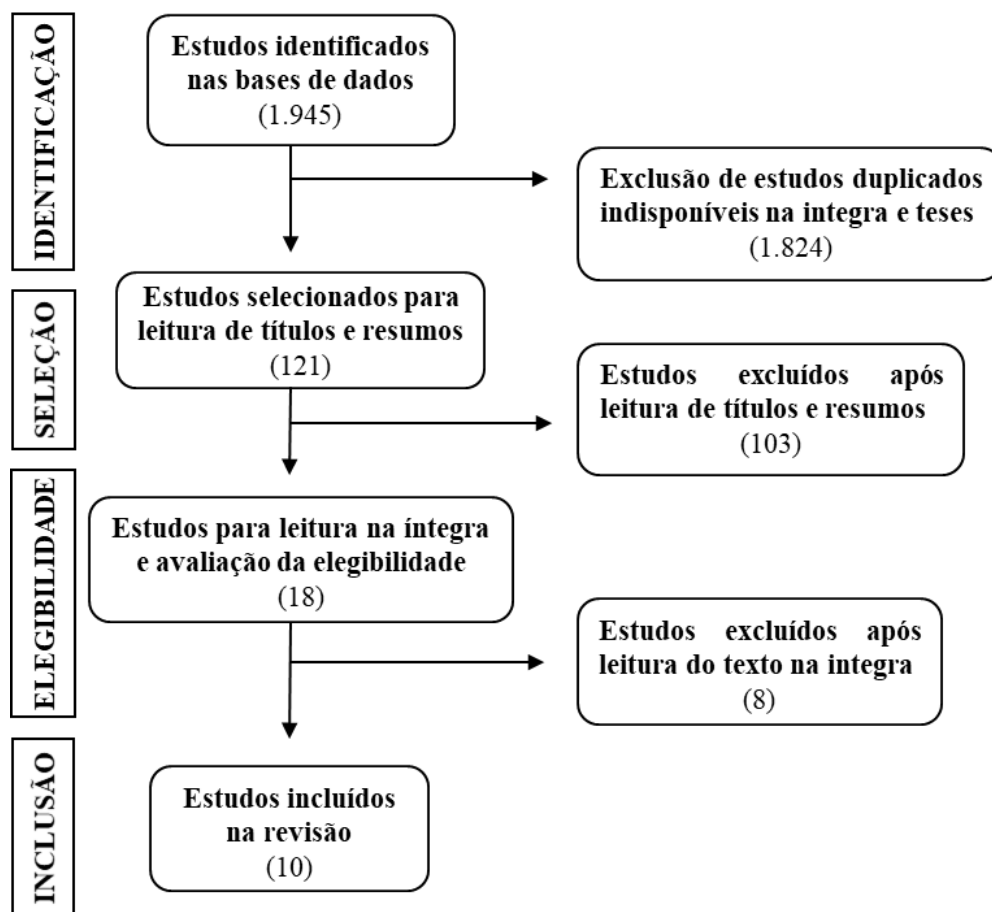
Trata-se de uma Revisão Bibliográfica da Literatura pelo método Revisão Integrativa, que segundo MENDES *et al* (2003), é um dos métodos de pesquisa utilizados na PBE (Práticas Baseadas em Evidências) que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

A revisão é de abordagem qualitativa e foi realizada através das bases de dados Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google acadêmico. Os descritores em Ciência da Saúde (DeCS) aplicados foram: mortalidade materna, hemorragia e período pós-parto. Foram utilizados como critérios de inclusão artigos completos, publicados na língua portuguesa, que contemplasse o objetivo da pesquisa e com o corte temporal dos últimos 4 anos que corresponde aos anos de 2017 a 2020. Como critério de exclusão foram artigos duplicados, publicados na integra e teses.

Foram filtrados de acordos com os critérios de inclusão e exclusão, resultando em 117 artigos. Em seguida, foi realizada análise minuciosa através da leitura do título dos artigos e do resumo, a fim de verificar se este respondia aos objetivos, levando a amostra final de 10 artigos para a elaboração do estudo. Para a extração dos dados destes artigos aplicou-se o Formulário para Categorização dos Artigos, que possui o Eixo I, contendo os aspectos do Perfil das Produções, e o Eixo II, os resultados das evidências.

Destaca-se ainda que para a construção desta pesquisa foi criteriosamente seguido o método Prisma representado pelo fluxograma (Figura 1), e os 6 passos primordiais para realização de uma Revisão Integrativa, que segundo Whittmore & Knalf (2005) são: 1º passo - Formulação da questão norteadora; 2º passo - estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3º passo - definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4º passo - avaliação dos estudos incluídos; 5º passo - interpretação dos resultados; 6º passo - síntese do conhecimento.

Figura 1. Fluxograma representando o método Prisma aplicado para seleção dos artigos



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Esta Revisão Integrativa da Literatura assegura os aspectos éticos, garantindo a autoria dos artigos pesquisados, sendo os autores citados, tanto no corpo do texto deste estudo, como nas respectivas referências, obedecendo-se às Normas da Associação Brasileira de Normas 8 Técnicas (ABNT) e do Manual de normatização e estrutura do trabalho de conclusão de curso do Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos foram organizados por características (título, autor/ano, objetivo e resultado) como observa-se no (Quadro 1). A partir deste é possível verificar o que os artigos relatam sobre as causas, abordagens que devem ser feitas diante da Hemorragia Pós-Parto, e a

capacitação/conhecimento dos profissionais envolvidos na assistência do cuidado a mulher no período puerperal.

Quadro 1. Síntese dos estudos primários incluídos na pesquisa. Teresina, Piauí, Brasil, 2020

Título	Autores/ ano	Objetivo	Resultados
Avaliação da assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto	VIEIRA <i>et al.</i> , 2018	Avaliar a assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto	Identificou-se, por meio desta pesquisa, que as causas de HPP mais conhecidas pelos profissionais entrevistados eram: atonia, laceração, dificuldade de coagulação e trabalho de parto prolongado. Mostrou-se que todos os enfermeiros 28 (84,85%) referiram conhecer causas da hemorragia pós-parto; 23 (69,70%), as medidas preventivas; 24 (72,73%), as medidas de controle e 13 (39,39%) responderam que já atenderam algum caso de hemorragia
Cateterização profilática de artérias uterinas com oclusão temporária do fluxo sanguíneo	BRANDÃO <i>et al.</i> , 2019	Descrever uma série de casos de cateterização uterina profilática para evitar sangramento significativo no pós-parto	A cateterização profilática de artérias uterinas com oclusão temporária do fluxo sanguíneo em pacientes de alto risco para hemorragia puerperal demonstrou ser uma técnica segura porque apresentou baixa mortalidade fetal, baixa necessidade de hemotransfusão, e nenhum caso de mortalidade materna. Portanto, pode ser considerada uma estratégia terapêutica importante e eficaz para a diminuição da morbimortalidade materna, especialmente em gestantes com implantação placentária anômala. Entretanto, são necessários ensaios clínicos randomizados para avaliar a eficácia do uso rotineiro da técnica.
Embolização de artéria uterina para hemorragia pós-parto: uma revisão de literatura	FERREIRA <i>et al.</i> , 2019	O estudo apresenta uma comparação entre a eficiência da EAU e as técnicas tradicionais no que se refere ao manejo da hemorragia pós-parto.	Observou-se em estudos controlados, realizados com pacientes acometidas por HPP, que a EAU foi bem-sucedida em uma taxa que chega a ser acima de 90% dos casos com melhora clínica em quase a totalidade das pacientes. Foi observado que grande parte das pacientes que não se beneficiaram com o procedimento foi submetida a uma segunda abordagem.
Hemorragia pós-parto imediato: atuação da equipe de enfermagem	DIAS <i>et al.</i> , 2019	Identificar as atualizações ocorridas na literatura no tocante à hemorragia pós-parto	Observou-se por meio do estudo as principais causas, referidas na literatura, que podem contribuir para a HPP: Atonia uterina, traumatismo do trato genital, inversão uterina, placenta anômala e alteração de coagulação. Medida preventiva sendo o cuidado redobrado por parte da equipe de enfermagem nas primeiras horas após o parto, os principais fatores de risco anteparto e intraparto que podem levar ao sangramento excessivo.
Hemorragia puerperal	PADILHA <i>et al.</i> , 2019	Realizar uma revisão integrativa da produção do conhecimento sobre hemorragia pós-parto entre os anos de 2013 a 2017	A atonia uterina é a maior causa de HPP em 80 a 90% dos casos e responsável por 4% dos óbitos [20-21]. Um estudo com 37 mulheres que apresentaram HPP e necessitaram ser encaminhadas a unidade de terapia intensiva, em 28 (75,67%), foram devido a atonia uterina. Por sua vez, estudo em Honduras, com 56 mulheres que apresentaram HPP a maior causa foi o trauma do canal de parto com 22 (39%) casos, seguido de retenção de tecido 19 (34%), atonia uterina como terceira causa 12 (21%) e 3 (5%) devido a transtornos na coagulação.

O uso de ocitócicos na profilaxia da hemorragia pós-parto primária	MARINHO <i>et al.</i> , 2019	Avaliar os benefícios do uso de ocitócicos na profilaxia de hemorragia pós-parto precoce	A combinação de Ergometrina mais Ocitocina, combinação de Misoprostol com Ocitocina e a Carbetocina parecem favorecer efeitos desejáveis adicionais em comparação com a ocitocina padrão atual. Os dois regimes de combinação, no entanto, estão associados a efeitos colaterais significativos, enquanto a Carbetocina pode ser tão eficaz quanto a ocitocina sem um aumento nos efeitos colaterais a ocitocina profilática comparada com a ausência de uterotônicos pode reduzir a perda de sangue
Perda hemática e sinais ou sintomas durante avaliação puerperal: implicações para a assistência de enfermagem	RUIZ <i>et al.</i> , 2017	Relacionar perda hemática com queixas, sinais ou sintomas de alterações sanguíneas no puerpério, através da mensuração do nível de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht).	Verificou-se que as mulheres com maiores perdas sanguíneas apresentaram diferença estatística para descolorimento de mucosas e queixas sintomáticas - fraqueza, cansaço, desânimo e/ou apatia. Hipotensão e taquicardia não apresentaram relação com queda do hematócrito. Apontando assim a necessária atenção aos sinais e/ou sintomas e/ ou queixas das puérperas, tal como a valorização da prática da anamnese e exame físico, dos quadros de HPP é imprescindível para se minimizar o risco de vida das puérperas
Prevenção e tratamento da Hemorragia pós-parto	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2019	Identificar as evidências sobre a prevenção e o tratamento da hemorragia pós-parto em cuidados no campo da saúde	Evidenciou-se que é fundamental o manejo correto no terceiro estágio do trabalho de parto, com a profilaxia da hemorragia pós-parto, tendo como base o uso de drogas uterotônicas, a tração controlada de cordão e a massagem uterina em substituição ao clampeamento do cordão.
Principais complicações puerperais	MAIA <i>et al.</i> , 2020	Identificar as principais complicações do puerpério e ressaltar a importância da assistência de enfermagem no puerpério	O Estudo destaca como principais complicações puerperais a infecção, a hemorragia e a mastite, visto que trazem desconfortos às puérperas e dificultam o vínculo entre mãe e filho (a), dessa forma fica evidente a importância do cuidado e assistência de enfermagem nesse período, a fim de promover o bem-estar da puérpera e de encontrar estratégias que minimizem a dor e o desconforto emocional que essas complicações podem trazer.
Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática	RANGE <i>et al.</i> , 2019	Identificar evidências acerca das contribuições das tecnologias de cuidado usadas para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto	Entre as tecnologias de processo, observou-se nos estudos analisados que o manejo ativo no terceiro período do trabalho de parto apresentou evidências alta, moderada e baixa, enquanto a tração controlada do cordão teve evidência alta. Quando a tecnologia de produto (ocitocina) foi associada à tecnologia de processo (massagem uterina), o nível de evidência se mostrou moderado para controle da HPP.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

O quadro permite visualizar os principais resultados no que se refere as condutas, o manejo e a ações que a equipe envolvida no trabalho de parto pode desenvolver diante de uma de HPP. A maioria dos estudos trouxe em síntese a importância da atuação da equipe de enfermagem bem como a necessidade da capacitação profissional.

A HPP é uma emergência obstétrica tida como uma das principais causas de morbimortalidade materna no mundo, sendo caracterizada pela perda de mais de 500 mL de sangue nas primeiras 24 horas após o parto vaginal, e mais de 1000 mL após operação cesariana (FLASOG, 2018). No Brasil, configura-se como a segunda causa de óbitos maternos, sendo os distúrbios hipertensivos a primeira.

As condutas de intervenção iniciam-se, após a identificação precoce de sinais de HPP, a fase de controle segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde, cita que a administração de ocitocina intravenosa, a massagem uterina, e o uso de cristaloides isotônicos para a reanimação hídrica intravenosa como principais condutas para o tratamento inicial da HPP (VIEIRA *et al.*, 2018). Portanto, o tratamento da HPP pode ser realizado de forma não farmacológica, farmacológica e cirúrgica.

Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico é usado como coadjuvante as medicações, é representado pelas compressões bimanual, traje antichoque não-pneumático em obstetrícia, e o balão de tamponamento intrauterino, que promovera a diminuição do fluxo sanguíneo uterino através de sua insuflação e com consequente redução da pressão sanguínea no local.

A cateterização da artéria uterina também se configura como sendo um procedimento não cirúrgico e bem menos invasivo quando comparada as suturas. De acordo com Brandão *et al.* (2019) esta conduta, seja com ou sem embolização, vem sendo cada vez mais empregada, constituindo medida auxiliar na preservação uterina ou na diminuição do sangramento além de preservar a manutenção da fertilidade da mulher refletindo então na diminuição da morbimortalidade materno-fetal.

A Embolização da Artéria Uterina é uma técnica radiológica intervencionista com o intuito de obstruir os vasos sanguíneos lesados, impedindo o extravasamento do sangue em casos de hemorragias. A técnica se coloca como uma alternativa à abordagem cirúrgica por sua segurança, por ser minimamente invasiva e por sua alta taxa de sucesso. Entretanto, é pouco utilizada, pois necessita de alto grau de especialização profissional e materiais específicos (FERREIRA *et al.*, 2019).

Tratamento Farmacológico

De acordo com Rangel *et al.* (2019), agentes uterotônicos são recursos utilizados atualmente como tratamento de primeira escolha quando os primeiros sinais de HPP ocorrem. Observou-se durante a análise dos artigos que a ocitocina é utilizada na profilaxia e no tratamento dependendo da dose, conforme o estudo de Marinho *et al.* (2019) a ocitocina é o uterotônico mais utilizado pois apresenta maior eficácia quando comparada com outros fármacos ou associações farmacológicas, É a droga de eleição pela meia-vida curta (5 min), custo baixo e início de ação rápido (2-3 min), para profilaxia o recomendado é 10 UI ocitocina, por via intramuscular(IM) ou por via endovenosa 5UI de ocitocina lenta (em 1 a 3 minutos), seguido de 20UI de ocitocina diluídos em 500ml de SF 0,9% e infundido a 125mL/h em Bomba de infusão contínua (BIC), em três esquemas de 500mL (5UI/hora).

O ácido tranexâmico é utilizado assim que for diagnosticado HPP, exceto quando a causa do sangramento for atonia uterina, os alcaloides do Ergot-ergotamina têm meia vida de 30 a 120 min, início de ação em 2 a 3 min, a posologia varia de acordo com a gravidade da hemorragia: 2 a 5 doses em 24 horas, não excedendo 1 mg\dia. são utilizados quando ocorre falha do controle da atonia uterina frente as doses de profilaxia da ocitocina e estão contra-indicados nos casos de doenças hipertensivas.

O Misoprostol é o uterotônico de segunda linha no tratamento da atonia e menos eficaz que os derivados de ergot. O uso de misoprostol pode causar náuseas, vômitos e febre. Existem várias posologias de acordo com a via de administração, mas no contexto da hemorragia uterina estão indicados 800mcg por via retal (início de ação em 20 a 30 minutos) ou 400 a 600mcg por via oral ou sublingual em pacientes estado de vigília preservados início de ação em 7-11 minutos, porém com maiores efeitos colaterais (BELO HORIZONTE, 2016).

Tratamento cirúrgico

Dependendo da gravidade e complexidade com que a HPP evolui, tanto as medidas farmacológicas como também as não farmacológicas serão ineficazes em decorrência de vários fatores sendo “ calibre da artéria sangrante ou a causa base do sangramento” sendo necessário então medidas mais invasivas: suturas e histerectomia (MARQUES *et al.*, 2015).

Segundo Andrade *et al.* (2010) e Villar *et al.* (2010) na abordagem cirúrgica, constam a sutura uterina, técnica de B-Lynch, a qual é relativamente segura e pode ser usada na necessidade de evitar a histerectomia, atualmente sendo o procedimento de escolha em pacientes mais jovens. A ligadura de artéria ilíaca é uma técnica de difícil realização e pode ocasionar déficit no suprimento arterial dos músculos dos glúteos. Já a ligadura de artéria uterina é um procedimento relativamente mais fácil, quando comparado à ligadura de artéria ilíaca, ambas realizadas mediante laparotomia.

Em último caso tem-se a histerectomia como um dos recursos para tratar a HPP. Esta é recomendada quando as alternativas supracitadas não resolveram o sangramento, ou quando a causa da complicação for acretismo placentário. Logo, a equipe deve comunicar a paciente e esclarecer os motivos da tomada dessa decisão, tendo em vista a tentativa de restabelecer o equilíbrio hemodinâmico, evitando complicações mais graves bem como o óbito.

Medidas preventivas e de controle

O sucesso na reversão da HPP encontra-se na abordagem resolutiva em cima da causa base, porém, identificar precocemente os sinais da intercorrência e aplicar as medidas de prevenção e controle são medidas mais eficazes quando se trata do desfecho de sobrevivência materna (OLIVEIRA & DAVIM, 2019).

A prevenção da HPP inicia-se ainda no pré-natal, quando são identificados fatores de risco como anemias, multiparidade, alterações de coagulação sanguínea, primeira gravidez após os 40 anos, bem como gestação gemelar ou feto macrossômico. No momento do parto também é possível evidenciar fatores que corroboram para a HPP, como trabalho de parto prolongado, laceração vaginal de 3º/4º graus, prolongamento de episiotomia, placentação anormal (acreta, prévia) e descolamento prematuro de placenta (DIAS *et al.*, 2019).

De acordo com Maia *et al.* (2020) a conduta ativa no terceiro período do trabalho de parto que inclui profilaxia medicativa com ocitocina, clampar o cordão umbilical em momento oportuno, tração controlada do cordão umbilical associada a Manobra de Brandt Andrews, e a massagem uterina periódica a cada 15 minutos, nas primeiras 2 horas do pós-parto, reduzem de modo considerável o risco de perdas sanguíneas no puerpério imediato.

Os estudos de Oliveira e Davim (2019) e Dias *et al.* (2019) apontam que o manejo ativo do 3º estágio do trabalho de parto, que começa após a expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta é de fundamental importância para a prevenção da hemorragia pós-parto. Os profissionais

devem estar cientes que é recomendado realizar este manejo em todas as puérperas, com ou sem identificação de fatores de risco para HPP, visto que mesmo em gestantes classificadas com pré-natal de baixo risco, durante o trabalho de parto evoluem para esta complicação.

Para detectar um quadro de HPP é necessária habilidade para quantificar o sangramento vaginal excessivo pós-parto, com instrumentos fidedignos de avaliação, que incluem a identificação de sinais e sintomas hemorrágicos, quantificação exata da perda e confirmação laboratorial dos resultados hematemáticos. Evidencia-se a necessidade da qualificação e capacitação da equipe multiprofissional para que possam atuar na prevenção, no controle e no tratamento. Nesse cenário destaca-se principalmente o profissional de enfermagem visto que faz parte do processo desde o pré-natal até o puerpério tardio.

Segundo Ribeiro *et al.* (2017) e Ruiz *et al.* (2017) sempre que visualmente houver suspeita de HPP, a abordagem terapêutica deve ser imediata e focada na causa da hemorragia. Não se devem esperar os sinais clássicos. O enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas de choque e instituir o tratamento o mais precoce possível a fim de restaurar o volume intravascular e reverter a perfusão inadequada, redistribuindo o volume de líquidos.

CONCLUSÃO

Buscou-se nesta pesquisa reunir maneiras de intervenção diante da HPP, bem como detecção de fatores de risco e ações de prevenção que, segundo os estudos analisados, é a conduta mais eficaz quando se trata da redução das taxas de mortalidade materna. Para isso, faz-se necessário que a equipe multiprofissional, sobretudo o profissional de enfermagem, disponha de conhecimento acerca da HPP, visto que está envolvido no cuidado da mulher desde a realização do pré-natal, onde precocemente pode-se identificar fatores de risco, no momento do trabalho de parto podendo aplicar as medidas de prevenção e controle, bem como prestar assistência qualificada no puerpério imediato e tardio.

A temática possui campo fértil e segundo a análise dos estudos foi perceptível que nos últimos anos intensificaram as pesquisas, mas por outro lado ainda representa um problema de saúde pública, visto que os índices de mortalidade continuam aumentando. Portanto, é preciso intensificar a educação permanente através de capacitação da equipe de saúde para que novas estratégias voltadas para prevenção e tratamento desse grave problema sejam disseminadas, e em 2030 a meta estabelecida pelo o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em ter menos de 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos seja alcançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, A.L.L. *et al.* Uso de balões intrauterinos em pacientes com hemorragia pós-parto. *Femina*, p.193-201,2014.
- ANDRADE D.B. *et al.* Tratamento da hemorragia pós-parto. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(4 Supl 2):S42-7
- BELO HORIZONTE. Protocolo Pré Natal e Puerpério: Saúde da Família SUS-BH,2016. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/hemorragia-puerperal.pdf>. Acesso em 26 de out de 2020.
- BRANDÃO, A.M. *et al.* Cateterização profilática de artérias uterinas com oclusão temporária do fluxo sanguíneo em pacientes de alto risco para hemorragia puerperal: é uma técnica segura? *Rev enferm UFPE online.*, Recife, 12(12):3247-53, dez., 2018.
- DIAS, S. *et al.* Hemorragia pós-parto imediato: atuação da equipe de enfermagem Rev:Temas em Saúde Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula, João Pessoa, 2019.Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/06/fesvip201904.pdf>. Acesso em 01 de set de 2020.
- FERREIRA, F.S. *et al.* Embolização de artéria uterina para hemorragia pós-parto: uma revisão de literatura. *Femina*, p. 175-180, 2019.
- FLASOG *et al.* Hemorragia Postparto. Donde estamos y hacia donde vamos? Federación Latino americana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2018. p 129.
- MAIA, C. J. F.S. *et al.* Principais Complicações Puerperais Revista das Ciências da Saúde e Ciências aplicadas do Oeste Baiano-Higia. 2020; 5(1): 347-358.
- MARINHO, J. P. M. *et al.* O uso de ocitócicos na profilaxia da hemorragia pós-parto primária Revista Cadernos de Medicina Vol.02 | N.03 2019.
- MARQUES S. *et al.* Hemorragia massiva em obstetrícia: princípios chave. *Rev Soc Port Anestesiol*. 2015;24(1):12-9.
- MONTENEGRO, C.A.B., FILHO, J.R. *Rezende Obstetrícia*. 13º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 1801 p. Capítulo 23: p.453-465.
- OLIVEIRA, R.C. & DAVIM, R.M.B. Prevenção e tratamento da Hemorragia pós-parto *Rev enferm UFPE online.*, Recife, 13(1):236-48, jan., 2019.
- OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Folha informativa - Mortalidade materna. Brasil: OPAS; 2018a.
- PADILHA, B.C. *et al.* Revisão: Hemorragia puerperal *Enferm Bras* 2019;18(6):816-32.
- RANGEL, R.C.T. *et al.* Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática *Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.27 Ribeirão Preto 2019 Epub Aug 19, 2019.*
- RIBEIRO, A. L. *et al.* Diretrizes para o manejo de hemorragias pós-parto. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Estratégia Zero Mortalidade Materna por Hemorragia. Minas Gerais, 2017
- RUIZ, M.T. *et al.* Perda hemática e sinais ou sintomas durante avaliação puerperal: implicações para a assistência de enfermagem *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2017; 25: e22756.
- VIEIRA, S.N. *et al.* AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 12(12):3247-53, dez., 2018.
- VILLAR J.R. *et al.* Técnica B-Lynch para el tratamiento de la hemorragia posparto. *Clín Invest Ginecol Obstet*. 2012;39(2):64-8.
- WHITTEMORE, R & KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.2005.

14

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NAS RELAÇÕES SEXUAIS EM MULHERES – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

FILIAÇÃO

¹ Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário INTA – UNINTA. (Sobral - Ceará).

² Bióloga (Universidade Estadual Vale do Acaraú -UVA). Centro Universitário INTA – UNINTA (Sobral-Ceará).

AUTORES

ANDRESSA MARIA MATTOS ARAGÃO¹

ALANA SOUSA LINHARES¹

BRUNA FERREIRA BEZERRA¹

JÉSSICA NÓBREGA STUDART¹

LARA PARENTE RIBEIRO¹

MARIA AMÉLIA ARAÚJO SOARES COSTA²

Palavras-chave: Fibromialgia; Mulheres; Sexualidade.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome reumatológica predominantemente feminina, caracterizada pela ocorrência de dor musculoesquelética difusa, crônica, não inflamatória e geralmente acompanhada de alterações na memória, na atenção e no sono, além de fadigabilidade, depressão, ansiedade e cefaleia (CENTURION & PERES, 2016). Lorente *et al.* (2014) destacam que a prevalência dessa síndrome varia entre 0,2 e 6,6% na população geral, sendo as mulheres mais acometidas que os homens, em uma proporção de 9:1, sendo mais frequente na faixa etária entre 40 e 55 anos. Diante disso, é notória a importância de discutir sobre essa patologia que influencia de forma negativa na vida da mulher.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre o impacto da fibromialgia (FM) nas relações sexuais para mulheres.

MÉTODO

Para a construção do trabalho foram utilizados dados obtidos em relatos de caso, dissertações, teses, artigos de pesquisa e de revisão de literatura, disponíveis nos bancos de dados SciELO, BIREME, LILACS e MEDLINE. Para a obtenção do material bibliográfico foram utilizados os seguintes descritores “fibromialgia”, “mulheres” e “sexualidade”, de acordo com os Descritores em Ciências e da Saúde (DeCS). Foram incluídos na pesquisa trabalhos publicados no período de 2016 a 2020, na língua portuguesa ou inglesa, e que abordaram a FM como tema principal. Critérios de exclusão foram estudos que não abordaram o tema da pesquisa e que foram publicados antes do período pré-estabelecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final da pesquisa foram obtidos 87 trabalhos, dos quais foram selecionados oito estudos que preencheram os critérios propostos (Tabela 1). As pesquisas analisadas mostram que a depressão e a ansiedade são fatores responsáveis por um funcionamento sexual deficiente em mulheres com dor crônica, incluindo aquelas com FM (ALVES *et al.*, 2016). Além disso, quando comparados com mulheres saudáveis, pacientes com FM apresentaram maior prevalência de disfunção sexual, evidenciada, por exemplo, por menores escores de desejo, satisfação e excitação sexual e lubrificação vaginal (MAZO & ESTRADA, 2019). Estudo realizado por Oliveira *et al.* (2017) mostra que as mulheres consideram o impacto da FM na sexualidade totalmente negativo, porém entendem que o mesmo poderia ser minimizado se seus companheiros se mostrassem mais afetuosos no cotidiano. Com isso, devido à presença da dor difusa e crônica, que é uma das características principais da FM, e a consequente baixa capacidade funcional, pacientes com FM podem sentir dificuldades para a realização do ato sexual e apresentar redução da função sexual. Além do mais, a dor no corpo antes, durante e após o sexo pode disfarçar a memória do ato e, assim, mascarar as experiências positivas do mesmo provocando uma diminuição do desejo. Dessa forma, o indivíduo com FM não consegue relaxar o suficiente para atingir a atividade sexual adequada e passar por todas as fases de maneira prazerosa (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Tabela 1. Trabalhos selecionados para compor o estudo

TÍTULO	AUTOR	ANO DE PUBLICAÇÃO
Depression, sexuality and fibromyalgia syndrome: clinical findings and correlation to hematological parameters.	ALVES, <i>et al</i>	2016
A sexualidade em pacientes com fibromialgia: panorama da produção científica.	CENTURION & PERES	2016
Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização.	OLIVEIRA, <i>et al</i>	2017
Impacto do apoio social os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia.	FREITAS, <i>et al</i>	2017
A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura.	MARQUES, <i>et al</i>	2017
Changes in erotic expression in women with fibromyalgia.	MAZO & ESTRADA	2019
O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado.	OLIVEIRA, <i>et al</i>	2019
Influência do método Pilates na qualidade de vida e na dor de indivíduos com fibromialgia: revisão integrativa.	CORDEIRO, <i>et al</i>	2020

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

CONCLUSÃO

Assim, conclui-se que a FM pode impactar de forma negativa na sexualidade feminina. Portanto, é importante que as pacientes acometidas com FM e os profissionais da saúde saibam identificar os sinais desta patologia e busquem informações necessárias para um correto tratamento, evitando, assim, a piora do quadro. Faz-se necessário ainda o apoio do parceiro íntimo para se

estabelecer uma constante compreensão sobre o assunto. Ademais, é conveniente destacar que a adesão ao tratamento, com uma boa relação médico-paciente, torna a conduta ainda mais eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, B. *et al.* Depression, sexuality and fibromyalgia syndrome: clinical findings and correlation to hematological parameters. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 74, p. 863, 2016.
- CENTURION, N.B. & PERES, R.S. A sexualidade em pacientes com fibromialgia: panorama da produção científica. *Revista da SPAGESP*, v. 17, p. 108, 2016.
- CORDEIRO, Bruna Lira Brasil *et al.* Influência do método Pilates na qualidade de vida e na dor de indivíduos com fibromialgia: revisão integrativa. *BrJP*, São Paulo, v. 3, n. 3, pág. 258-262, setembro de 2020.
- FREITAS, Rodrigo Pegado de Abreu, *et al.* Impacto do apoio social os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. *Revista Brasileira. Reumatologica*, São Paulo, v. 57, n. 3, p. 197-203, Jun. 2017.
- MARQUES, Amelia Pasqual *et al.* A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 356-363, Aug. 2017.
- MAZO, J.P.S. & ESTRADA, M.G. Changes in erotic expression in women with fibromyalgia. *Paidéia*, v. 29, p. 2923, 2019.
- OLIVEIRA, J.P.R. *et al.* O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, p. 1, 2019.
- OLIVEIRA, L.H.S. *et al.* Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, p. 1309, 2017.

15

MANEJO E PREVENÇÃO DA COVID-19 NO ÂMBITO DA OBSTETRÍCIA

FILIAÇÃO

¹ Discente de medicina,
Faculdade Dinâmica do Vale do
Piranga, Ponte Nova, MG.

AUTORES

ANTÔNIO VIANA NEVES NETO¹
PATRICIA PERES DE BARROS¹
BRUNA DE SOUSA SILVA¹

Palavras-chave: Obstetrícia; Covid-19; Manejo.

INTRODUÇÃO

A Covid-19 é uma doença infecciosa que alastrou-se de forma rápida por diversos países, resultando em uma pandemia. A patologia é causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-Cov-2) e possui como principais sintomas, febre, tosse e dispneia. Esse vírus possui fácil propagação, através de gotículas de saliva e contato com superfícies contaminadas. O cuidado deve ser maior com as gestantes, pois pode gerar complicações que oferecem riscos para a gravidez. Os conhecimentos disponíveis a respeito da Covid-19 em grávidas ainda são escassos. Entretanto, encontram-se ameaçadas, já que elas apresentam grande chance de morbimortalidade para algumas patologias do sistema respiratório, como, influenza e SARS-Cov. Também foram constados nascimentos prematuros de crianças com mães diagnosticados com a Covid-19, mas, não obtém-se a informação se esse evento foi causado pelo vírus, porque não há estudos que respaldem a transmissão transplacentária. A partir desses fatos, a prevenção e controle de infecção em ambientes e cuidados obstétricos se tornam imprescindíveis (CZERESNIA *et al.*, 2020)

O objetivo deste estudo foi analisar quais as possíveis consequências que seriam implicadas para a mãe contaminada pelo vírus SARS-CoV-2 e, conseqüentemente, para o feto durante a gestação. E a partir do conhecimento obtido, informar sobre as diversas precauções a serem administradas no âmbito da obstetrícia.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa computadorizada nas plataformas PubMed, SciELO, Scopus, e foram incluídos artigos publicados em 2020, utilizando-se os descritores “*obstetrics*”, “*covid-19*”, “*prevention*”, que forneceram um total de 572 trabalhos, em inglês, português e espanhol. Foram selecionados 10 artigos, por estarem dentro do tema proposto e contribuir para a escrita e elaboração do projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os cuidados e prevenção, o Centro de Prevenção e Controle de doenças (CDC), elaborou algumas diretrizes nos cuidados pré-hospitalares às gestantes confirmadas com a doença. Recomenda-se que notifiquem a unidade obstétrica, para que haja um domínio do contágio, com uso de EPIs (o Quadro 1 exemplifica como conduzir essa situação no cenário ambulatorial). Os profissionais da área da saúde precisam notificar ligeiramente os responsáveis pelo controle de infecção no hospital que esteja sobre a vinda de gestantes diagnosticadas com a Covid-19 (TORRES *et al.*, 2020).

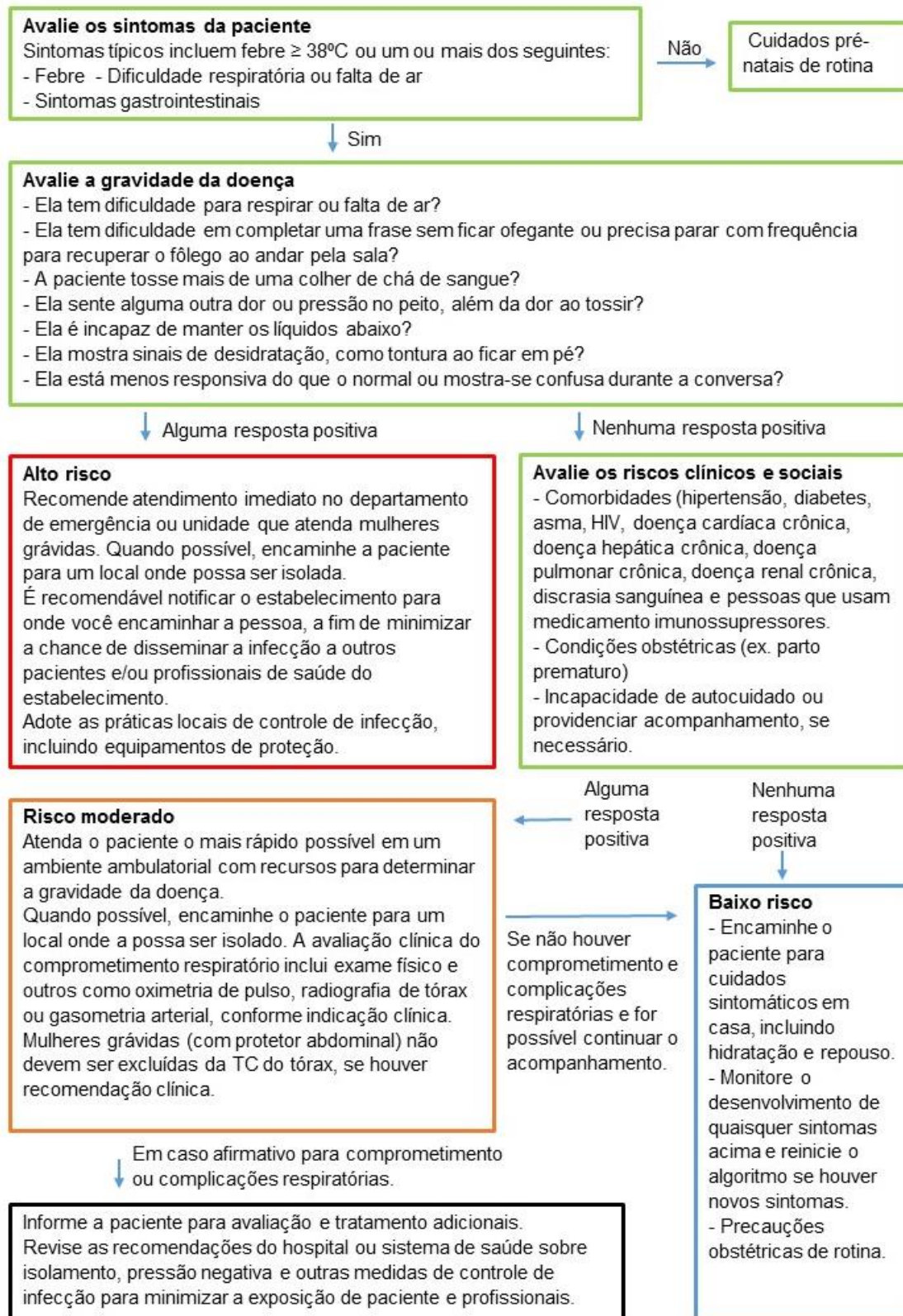
Durante a hospitalização, os estabelecimentos necessitam de profissionais devidamente capacitados para o manejo da doença e, em casos suspeitos, é necessário isolar o paciente em um cômodo para evitar a propagação. O uso de máscaras faciais é uma alternativa bastante eficaz para proteção de contágio, e as crianças nascidas de mulheres com a patologia são isolados da mãe temporariamente e observados como pacientes sob investigação, devido à preocupação de contato com secreções respiratórias infecciosas (RYAN *et al.*, 2020). A questão deve ser apresentada à mãe, exaltando os benefícios em detrimento dos riscos. É evidente uma restrição de visitantes e, quando não for possível, é recomendável o uso de EPIs através de roupão, luvas, máscara e óculos (ZAIGHAM & ANDERSSON, 2020).

A ação de interromper a barreira mãe e filho deve ser analisada para cada caso, de acordo com a intensidade dos quadro clínico apresentado pela puérpera (ZHANG, *et al.*, 2020). Se houver a aproximação, é plausível que haja uma cortina separando os dois, e deixar o bebê cerca de 1 metro e meio de distância da mulher. Antes de amamentar e aproximar-se do filho, tem que ser feito o uso de máscara e higienização correta das mãos (GUJSKI *et al.*, 2020).

Quanto a amamentação, durante o distanciamento efêmero, a mãe é orientada a externar o leite para adequada nutrição do recém-nascido (LIANG & ACHARYA, 2020). É importante salientar que as mãos devem ser devidamente higienizadas antes da eliminação do leite (RAMUSSEN & JAMIESON, 2020). Se estiver ao alcance do hospital a disponibilidade de bombas de sucção de leite materno, estas devem ser corretamente esterilizadas, e posteriormente a ação de bombeio, a lavagem completa de todos os componentes que obtiveram toque com o leite (CZERESNIA *et al.*, 2020).

Em situações em que a puérpera queira amamentar no seio e tenha indicação médica, ela deve utilizar máscara e praticar higienização das mãos e da mama. Sobretudo, não existem estudos que comprovem a transmissão da Covid-19 pelo leite materno (RAMUSSEN *et al.*, 2020). Em relação ao tratamento, ainda não dispõe-se de uma terapêutica comprovadamente eficaz e que seja específica para a gestante. Deve ser baseada nos diagnósticos diferenciais abordados e associados ao quadro clínico, é indicado o fosfato de oseltamivir na fase inicial com apresentação de sintomas gripais. No entanto, o manejo de medicamentos deve ser administrado após a avaliação do risco-benefício para a mãe e para o feto (CHEN D *et al.*, 2020).

Quadro 1. Avaliação e tratamento ambulatorial de mulheres grávidas com suspeita ou confirmação de novo coronavírus (COVID-19)



Fonte: Adaptado de FEBRASGO, 2020.

CONCLUSÃO

A Covid-19 é uma doença que se alastrou rapidamente pelo mundo e, com isso, trouxe diversos desafios e implicações para a população, principalmente para os profissionais da saúde, que tiveram que adaptar-se a esse novo cenário. No âmbito da obstetrícia houveram diversos estudos e pesquisas para que as gestantes fossem tratadas com o máximo de cuidado, com o intuito de não oferecer risco nem para ela, nem para o feto, pois elas apresentam naturalmente uma deficiência no sistema imunológico e, como consequência, podem predispor algumas doenças infecciosas que podem ser agravadas clinicamente pelo novo coronavírus.

Portanto, essas buscas por conhecimento foram fundamentais para garantir um bom manejo e prevenção para que as grávidas tivessem uma gestação livre de intercorrências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHEN, D. *et al.* Expert consensus for managing pregnant woman and neonates born to mother's with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. *International Journal of Gynecology and Obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynecology and Obstetrics*, v. 2 p. 130, 2020.
- CZERESNIA, R.M. *et al.* SARS-CoV-2 and pregnancy: a review of the facts. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 42, p. 562, 2020.
- FEBRASGO. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NO PARTO, PUERPÉRIO E ABORTAMENTO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/covid-19-orientacoes-da-febrasgo-para-avaliacao-e-tratamento-ambulatorial-de-gestantes/>. Acesso em: 7 out. 2020.
- GUJSKI, M. *et al.* Current state of knowledge about SARS-CoV-2 and COVID-19 disease in pregnant women. *Medical science monitor. International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, v. 29, e924725-1, 2020.
- LIANG, H. & ACHARYA, G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: what clinical recommendations to follow? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 4, p. 439, 2020.
- RASMUSSEN, S.A. & JAMIESON, D.J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: responding to a rapidly evolving situation. *Obstetrics and gynecology*, v. 5, p. 999, 2020.
- RASMUSSEN, S.A. *et al.* Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 5, p. 415, 2020.
- RYAN, G.A. *et al.* Clinical update on COVID-19 in pregnancy: a review article. *The Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, v. 8 p. 1235, 2020.
- TORRES, H.G. *et al.* Recomendaciones y manejo práctico de la gestante con COVID-19: scoping review. *Enfermería Clínica*, 2020 (Preprint).
- ZAIGHAM, M. & ANDERSSON, O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 7, p. 823, 2020.
- ZHANG, L. *et al.* Analysis of the pregnancy outcomes in pregnant women with COVID-19 in Hubei Province. *Zhonghua fu chan ke za zhi*, v. 3, p. 166, 2020.

16

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: ATUALIZAÇÕES SOBRE RASTREIO E MANEJO

FILIAÇÃO

- ¹ Graduando em medicina na Faculdade de Minas de Belo Horizonte, MG.
- ² Graduando em medicina no Centro Universitário UNIFAMINAS, Muriaé, MG.
- ³ Médica Ginecologista e Obstetra formada pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

AUTORES

BÁRBARA DOMINGUES DA SILVA¹
GUSTAVO HENRIQUE SILVA SIDRIM¹
IZADORA MARINA DE OLIVEIRA SABINO¹
JOÃO PEDRO SOARES RODRIGUES¹
THIAGO RODRIGUES FERREIRA¹
ÁDRIA CAMILA SILVA²
RAYANA ROLLA CAMPOS³

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Gestacional; Rastreoio; Pré-Natal.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma complicação grave da gravidez, em que mulheres previamente hípidas desenvolvem hiperglicemia crônica durante a gestação. Apesar de não possuir um processo fisiopatológico totalmente elucidado, variadas são as causas atribuíveis a essa patologia, como as variações hormonais fisiológicas do período gestacional (PLOWS *et al.*, 2018).

A inexistência de diagnóstico e tratamento eficaz do DMG estão relacionados a diversas complicações maternas, gestacionais e fetais (JOHNS *et al.*, 2018). Dentre elas, estão o risco aumentado de parto prematuro, pré-eclâmpsia, parto cirúrgico, doenças cardiovasculares (DCV) e de desenvolvimento de diabetes mellitus do tipo 2 (DM2) tardiamente, tanto na mãe quanto no bebê. Ademais, crianças nascidas de mães com DMG têm quase o dobro do risco de desenvolver obesidade infantil quando comparadas com filhos de mães não diabéticas (PLOWS *et al.*, 2018).

Segundo dados da última edição do Atlas de Diabetes (2019) da *International Diabetes Federation* (IDF), o Diabetes Mellitus (DM) apresenta-se como uma das doenças crônicas mais crescentes no mundo. Esse estudo revela ter triplicado o número de casos no mundo nos últimos 20 anos, sugerindo a necessidade de novas estratégias de saúde. Esse crescimento está correlacionado aos novos padrões de vida da população, depreciando seus hábitos nutricionais.

Estima-se que no mundo um em cada 11 adultos (20-79 anos) possuem diabetes (463 milhões de pessoas), e que haja uma subnotificação, havendo um em cada dois adultos com diabetes não diagnosticados (232 milhões de pessoas). No Brasil, a estimativa é de que existam 16,8 milhões

de pessoas com DM (IDF, 2019). O perfil de maior prevalência é de mulheres, principalmente as mais velhas e com baixa escolaridade (SBD, 2019).

De acordo com esse panorama, podemos considerar alta a probabilidade de desenvolvimento do DMG nas gestantes brasileiras. Dados estatísticos corroboram para a notória importância do assunto e seus impactos na saúde pública nacional. Segundo dados da International Diabetes Federation (2019), um em cada seis nascidos vivos (20 milhões) é afetado por hiperglicemia na gravidez, dos quais 84% das gestantes desenvolveram diabetes gestacional, havendo uma prevalência de até 14% de desenvolvimento de DMG entre as gestantes latinas.

Esses dados valorizam a importância desta revisão de literatura, já que objetiva abordar as principais atualizações preconizadas para rastreio e manejo do diabetes gestacional. Dessa forma, visou-se elucidar o cuidado no pré-natal de modo a diminuir os desfechos negativos para gestantes e fetos.

MÉTODO

Foram utilizados os descritores “diabetes mellitus e gestação OU diabetes gestacional, nos últimos 2 anos” em inglês na base de dados PubMed. Foram encontrados 6.175 artigos, dos quais 16 foram selecionados para estudo. Foram pesquisados diretamente no site da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia os protocolos mais recentes disponibilizados sobre o assunto. Ademais, dados epidemiológicos sobre DM no Brasil e no mundo foram encontrados nos sites da Sociedade Brasileira de Diabetes e da Federação Internacional de Diabetes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a gravidez saudável, o corpo da gestante passa por uma série de mudanças fisiológicas para atender às demandas do feto em crescimento (DENNEY *et al.*, 2018). Isso inclui adaptações aos sistemas cardiovascular, renal, hematológico, respiratório e metabólico (PLOWES *et al.*, 2018).

Adaptações fisiológicas à secreção e sensibilidade à insulina durante a gravidez são cruciais para manter a homeostase da glicose e para fornecer suporte adequado para um feto em crescimento. A patogênese do DMG ainda não foi totalmente esclarecida (GENNARO *et al.*, 2019). Entre os fatores implicados, encontram-se a disfunção das células beta, resistência crônica à insulina, inflamação do tecido e disfunção neuro-hormonal (DICKENS & THOMAS, 2019).

A resistência à insulina e o processo inflamatório subclínico crônico são considerados os principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento do DMG e ambos são desencadeados principalmente pela secreção de citocinas pró-inflamatórias e pela função anormal do tecido adiposo. O tecido adiposo é uma fonte de mediadores inflamatórios (TNF- α e adipocinas, por exemplo), assim como um local de interação entre adipócitos e células imunocompetentes, desempenhando um papel vital no desenvolvimento da resistência à insulina e em distúrbios metabólicos, como diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e DMG (ŚWIRSKA *et al.*, 2018).

Ao longo da gestação, a sensibilidade à insulina altera dependendo das necessidades da gravidez. Durante o início da gestação, a sensibilidade à insulina aumenta, promovendo a captação de glicose nos estoques adiposos, em preparação para as demandas de energia ao decorrer da gestação. No entanto, à medida que a gravidez progride, uma onda de hormônios locais e

placentários, incluindo estrogênio, progesterona, leptina, cortisol, lactogênio placentário e hormônio de crescimento placentário promovem um estado de resistência à insulina. Como resultado, a glicose no sangue é ligeiramente elevada e prontamente transportada pela placenta para alimentar o feto em crescimento. Este estado de resistência à insulina também promove a produção endógena de glicose e a quebra dos estoques de gordura, resultando em um aumento adicional nas concentrações de glicose no sangue e de ácidos graxos livres. Conseqüentemente, para manter a homeostase da glicose, as gestantes compensam essas alterações por meio de hipertrofia e hiperplasia de células β pancreáticas, bem como aumento da secreção de insulina estimulada por glicose (PLOWS *et al.*, 2018). A importância dos hormônios da placenta neste processo é exemplificada pelo fato de que a sensibilidade materna à insulina retorna aos níveis pré-gravidez poucos dias após o parto (PLOWS *et al.*, 2018).

Poucos estudos investigaram a genética do DMG; no entanto, os dados disponíveis sugerem que os genes de susceptibilidade ao DM2 também estão ligados ao DMG, incluindo variantes em TCF7L2, MTNR1B, KCNJ11, IGF2BP2, CDKAL1, GCK e KCNQ1 (DICKENS & THOMAS, 2019).

Ao se tratar do diagnóstico de DMG no Brasil, devido à variedade das condições de acesso nas diversas regiões do país, este é feito de duas maneiras: dependendo da viabilidade financeira e disponibilidade técnica de cada região, a fim de cobrir o maior número possível de pacientes (FEBRASGO; MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS; SBD, 2019).

Na situação de viabilidade financeira e disponibilidade técnica total, o rastreio é realizado na primeira consulta de pré-natal (idealmente até a 20ª semana de gestação) com a medida da GJ. Se o resultado for inferior a 92 mg/dL, considera-se a gestante euglicêmica se a GJ for maior ou igual a 92 mg/dL e inferior a 125 mg/dL, considera-se a gestante com DMG se a GJ for maior ou igual a 126 mg/dL, considera-se a gestante com diabetes mellitus (DM) prévia (FEBRASGO; MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS; SBD, 2019).

As gestantes que apresentam GJ inferior a 92 mg/dL são submetidas ao teste oral de tolerância à glicose (TOTG), com ingestão de 75 g de glicose, entre 24 e 28 semanas de gestação. Os valores esperados para uma gestante euglicêmica são GJ inferior a 92 mg/dL, glicemia após uma hora da ingestão inferior a 180 mg/dL e glicemia após duas horas da ingestão inferior a 153 mg/dL. Para uma gestante com DMG espera-se alteração de pelo menos um dos valores: GJ maior ou igual a 92 mg/dL e inferior a 125 mg/dL ou glicemia após uma hora de ingestão maior ou igual a 180 mg/dL ou glicemia após duas horas de ingestão maior ou igual a 153 mg/dL e inferior a 199 mg/dL. Para uma gestante previamente diabética, espera-se os valores de GJ maior ou igual a 126 mg/dL ou glicemia após duas horas de ingestão maior ou igual a 200 mg/dL. (FEBRASGO; MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS; SBD, 2019).

Para as gestantes que iniciam o pré-natal entre 20 e 28 semanas de gestação, o rastreio de DMG inicia-se com o TOTG entre 24 e 28 semanas. Para gestantes que iniciam o pré-natal após 28 semanas de gestação, o rastreio de DMG inicia-se imediatamente com o TOTG. Para ambos os momentos, os valores esperados no TOTG para o diagnóstico de DMG, DM prévia ou ausência de comorbidade (gestante euglicêmica) são os mesmos em relação ao pré-natal iniciado inferior à 20ª semana de gestação (FEBRASGO; MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS; SBD, 2019).

Já na situação de viabilidade financeira e disponibilidade técnica parcial, realiza-se somente a GJ ao início do pré-natal (idealmente até a 24ª semana de gestação). Se a GJ for inferior a 92 mg/dL, considera-se euglicemia; se maior ou igual a 92 mg/dL e inferior a 125 mg/dL, considera-

se DMG; e se maior ou igual a 126 mg/dL, considera-se DM prévia. As gestantes que apresentam GJ inferior a 92 mg/dL ao primeiro exame são submetidas a um novo exame de GJ entre 24 e 28 semanas de gestação. Se a GJ for inferior a 92 mg/dL, considera-se euglicemia; se maior ou igual a 92 mg/dL e inferior a 125 mg/dL, considera-se DMG; e se maior ou igual a 126 mg/dL, considera-se DM prévia. (FEBRASGO; MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS; SBD, 2019).

O seguimento das gestantes diagnosticadas com DMG ou DM prévia dá-se no pré-natal de alto risco. Este consistirá em tratamento interdisciplinar e incluirá, desde o seu início, dieta orientada por nutricionista capacitado e habituado ao atendimento a gestantes, exercício físico e monitoramento glicêmico diário por meio da glicosimetria capilar (MAHAJAN *et al.*, 2019).

A dieta é importante para que se consiga adequado controle glicêmico, 70% a 85% das mulheres com diabetes gestacional atinge controle glicêmico com a terapia nutricional (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018). Preconiza-se a ingestão de 1.800 a 2.200 calorias diárias totais, sempre se levando em consideração o Índice de Massa Corporal (IMC) da paciente e também o trimestre da gestação no qual ela se encontra. Essa dieta deverá ser fracionada e constituída por aproximadamente 45% a 50% de carboidratos (preferencialmente de absorção lenta – integrais), 30% a 35% de lipídios e 15% a 20% de proteínas. O fracionamento é feito em seis refeições: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia. O consumo de adoçantes durante a gestação é orientado, dando-se preferência para os naturais, como stevia e sucralose (FEBRASGO, 2019).

Exercícios físicos aumentam a sensibilidade periférica à insulina e o consumo de glicose, sendo importantes para o controle glicêmico (YU *et al.*, 2018). De acordo com as recomendações da FEBRASGO em 2019, deve-se apenas estar atento para eventuais contraindicações à prática de exercícios, que serão identificadas durante o seguimento pré-natal. Habitualmente, orienta-se caminhada de 30 minutos, três vezes por semana, hidroginástica ou a prática de exercícios assistidos (SAVVAKI *et al.*, 2018). É importante a supervisão de profissional habilitado nessas atividades.

A monitorização glicêmica é essencial para a educação e adaptação da paciente ao controle glicêmico. Utiliza-se a glicemia sanguínea capilar diária para monitoração. Ela pode ser realizada em quatro a sete períodos específicos, a saber: jejum, pós-café, pré e pós-almoço, pré e pós jantar, madrugada (3 horas da manhã). As pacientes devem ser orientadas quanto aos valores dos alvos glicêmicos em cada período. Sendo, inferior a 95 mg/dL em jejum, inferior a 140 mg/dL pós café, almoço e pós jantar e inferior a 100 mg/dL pré prandiais e de madrugada (FEBRASGO, 2019). Uma das formas de avaliar a adequação do controle glicêmico é calcular o percentual de valores que se encontra acima das metas. Considera-se controle glicêmico adequado quando no mínimo 70% dos valores encontram-se dentro da normalidade. Caso as metas não sejam atingidas, a introdução da terapia medicamentosa deve ser avaliada.

A insulino terapia é instrumento importante para o controle glicêmico, sendo necessária para algumas pacientes com diabetes gestacional e DM2, mas essencial à vida da paciente com DM tipo 1, que habitualmente inicia o pré-natal já utilizando insulina (FEBRASGO, 2019) (KINTIRAKI & GOULIS, 2018). Então, é importante considerar que a insulino terapia é um importante medicamento tanto para as gestantes que são diagnosticadas no pré-natal com DMG, quanto para as pacientes que já chegam no pré-natal com a doença (DM2 e DM1) (FEGHALI *et al.*, 2019).

Existem diversos tipos de insulina utilizadas para o tratamento da diabetes na gestante. Entre elas estão: a de ação lenta (NPH é a mais utilizada, início de ação entre 1-3 horas, pico de ação entre 5-7 horas e duração de 13-18 horas), a de ação rápida (Regular é a mais usada, início de ação entre

30-60 minutos, pico de ação entre 2-4 horas e duração de aproximadamente 6-9 horas) e a de ação ultrarrápida (Lispro e Aspart são as principais, início de ação de aproximadamente 1-15 minutos, pico de ação entre 1-2 horas e duração aproximada de 4-5 horas). Além disso, existem também as insulinas de ação ultralenta (Glargina e Detemir, início de ação de 30 minutos, não há pico de ação e tem uma duração de 12-24 horas). Pacientes com diabetes gestacional usualmente atingem controle glicêmico com utilização de insulina NPH e, em alguns casos, necessitam de utilização de insulina regular. As pacientes com DPG, especialmente aquelas com DM1, usualmente utilizam múltiplas doses diárias de insulina (FEBRASGO, 2019). Dessa forma, é importante lembrar que as insulinas disponíveis no Sistema único de Saúde (SUS) são a NPH e a Regular e, por isso, são as mais utilizadas entre as gestantes e outros indivíduos com a doença.

Em pacientes com diabetes gestacional, após cerca de uma ou duas semanas somente com controle não medicamentoso, caso o controle glicêmico não estiver adequado, deve-se iniciar a terapêutica medicamentosa. Prescreve-se insulina NPH na dose inicial de 0,5 UI/kg de peso atual da paciente. A dose diária calculada é fracionada em três aplicações ao dia, sendo metade aplicada antes do café da manhã, um quarto aplicado antes do almoço e um quarto às 22 horas (FEBRASGO, 2019). Exemplo: considerando uma paciente de 80 kg com diagnóstico de DMG. A dose diária que essa paciente irá receber será de 40 UI/dia (80 kg x 0,5 UI/kg). Fracionando essa dose em três aplicações, temos 20 UI pela manhã, 10 UI antes do almoço e 10 UI as 22h ($1/2 + 1/4 + 1/4$). É importante considerar que caso os controles glicêmicos se mantiverem alterados mesmo com a insulina após duas semanas, é necessário a avaliação de ajuste da dose de insulina. Para isso, a paciente deve fazer o controle rigoroso da glicemia sete vezes ao dia (jejum, pré almoço, pré jantar, 3h da manhã, 1h após café da manhã, 1h após almoço e 1h após o jantar) para que atinja uma meta glicêmica adequada (jejum: menor ou igual a 95, 1h pós prandial: menor ou igual a 140 e pré prandial e madrugada: menor ou igual a 100).

Quando os valores pré-prandiais estão dentro dos limites da normalidade, mas nota-se hiperglicemia nas medidas pós-prandiais, deve-se prescrever insulina de ação rápida (insulina regular) ou ultrarrápida apenas para o horário da refeição em que o controle está insatisfatório. Sempre que as medidas da glicemia de jejum estiverem anormais, deve-se incluir a aferição dos valores glicêmicos às 3 horas da madrugada (FEBRASGO, 2019). Portanto, inicia-se com a NPH, mas caso os controles glicêmicos não estiverem satisfatórios, podemos adicionar outras insulinas para conseguirmos níveis glicêmicos melhores para essa gestante.

Para pacientes que já entram na gestação com o diagnóstico de DM2, o tratamento é um pouco diferente da paciente com DMG. Para elas, o controle não farmacológico se mantém o mesmo (reforçamos as orientações dietéticas e o perfil glicêmico – 4 ou 7 vezes ao dia). Além disso, para as pacientes que já são dependentes de insulina, é importante reavaliar o esquema utilizado para possíveis alterações. O esquema de insulinoterapia dessas pacientes (NPH ou NPH associada à insulina de ação rápida ou ultrarrápida) vão ser: 0,5 unidade/kg/dia, no primeiro trimestre; 0,7 unidade/kg/dia no segundo trimestre; 0,9 unidade/kg/dia no terceiro trimestre. A proporção inicial é de dois terços da dose total de NPH e um terço da dose total de insulina rápida ou análogos de insulina ultra rápidos, que estão menos associados a episódios de hipoglicemias (FEBRASGO, 2019). Em contrapartida, as pacientes com DM1, já chegam com esquema de insulina pronto, uma vez que esse tipo de diabetes é, geralmente, diagnosticado na infância e já em insulinoterapia desde o diagnóstico. É importante para essas gestantes, um acompanhamento conjunto entre obstetra e

endocrinologista para melhor ajuste da medicação, a fim de evitar episódios de hiperglicemia ou hipoglicemia.

Em relação aos hipoglicemiantes orais (metformina e glibenclamida), apesar de serem categoria B de evidências científicas (sem efeitos adversos graves a médio prazo) estão sendo cada vez mais utilizados entre mulheres com DMG e DM prévio (MCINTYRE *et al.*, 2019). No entanto, devemos lembrar que a insulina em gestantes é a primeira linha de tratamento no Brasil e que, caso a paciente decida por não usar a insulina e sim o medicamento oral, ela deve assinar um termo de consentimento livre e esclarecido. Em um grande ensaio, 751 mulheres com DMG foram aleatoriamente designadas para receber terapia com insulina ou metformina (mais insulina, se necessário). Ambos os grupos experimentaram taxas semelhantes de um resultado composto de morbidade perinatal, consistindo de hipoglicemia neonatal, dificuldade respiratória, necessidade de fototerapia, trauma de nascimento, prematuridade e baixos escores de Apgar. Em uma meta-análise recente, as diferenças entre neonatos entregues a mulheres randomizadas para metformina e insulina foram mínimas. Curiosamente, as mulheres randomizadas para metformina tiveram uma taxa mais alta de parto prematuro (razão de risco: 1,5), mas uma taxa mais baixa de hipertensão gestacional (razão de risco: 0,53) (ACOG, 2018). No entanto, embora a metformina possa ser um tratamento de segunda linha razoável para o diabetes gestacional, é importante orientar a gestante sobre o aumento de partos prematuros, transferência das drogas pela placenta e ausência de estudos sobre as consequências a longo prazo nas crianças (KINTIRAKI & GOULIS, 2018).

A dosagem de metformina geralmente começa com 500 mg todas as noites durante uma semana no início, depois aumenta para 500 mg duas vezes ao dia. Como a metformina geralmente não é usada em pacientes com doença renal crônica, a creatinina geralmente é verificada no início para garantir a função renal adequada. Os efeitos adversos mais comuns da metformina são dor abdominal e diarreia, que são minimizados com o aumento lento da dosagem (ACOG, 2018). Dessa forma, na prática médica, geralmente, a metformina é uma escolha no tratamento quando a paciente, por exemplo, não há acessibilidade a insulina, dificuldade na autoadministração, necessidades de altas doses diárias de insulina (>100 UI) e quando a aplicação da insulina causa muito estresse para a paciente.

Em relação ao momento do parto, devemos sempre analisar o controle glicêmico e vitalidade fetal para analisar a resolução do parto ou não. Caso o controle glicêmico permaneça adequado e o peso fetal estimado não seja superior a 4.000 g, a gestação é acompanhada até a idade gestacional de 39 a 40 semanas. Se o controle glicêmico for insatisfatório, pode-se considerar a resolução da gestação entre 37 e 40 semanas (FEBRASGO, 2019). Além disso, devem ser analisados os exames de vitalidade fetal, pois caso indiquem alguma anormalidade como macrossomia, peso fetal estimado maior que 4.000 g, a indicação de resolução do parto deve ser imediata independentemente da idade gestacional, uma vez que há risco de compressão do cordão e, conseqüentemente, óbito fetal. Para as pacientes pré-diabéticas, caso tenha piora do quadro clínico, como retinopatia ou nefropatia, pode ser necessário a antecipação do parto. A via de parto é de indicação obstétrica, ou seja, o obstetra que decide qual a melhor via para a resolução do parto.

Para as pacientes em uso de insulina, deve-se orientar, em caso de cesárea eletiva, que um terço da dose de insulina NPH da manhã seja aplicado. Orienta-se ainda manter soro glicosado a 5% em 60 mL/h se a paciente estiver em jejum há mais de oito horas. Realiza-se o controle glicêmico a cada três horas em pacientes com DMG e a cada uma hora em pacientes com diabetes pré-gestacional (FEBRASGO, 2019). A glicemia deve ficar entre 70 e 140 no intraparto e, caso a

paciente descompense (hipoglicemia ou hiperglicemia), a correção é feita a partir do soro glicosado: hipoglicemia corrige-se aumentando a infusão e hiperglicemia corrige-se diminuindo a infusão. Caso a paciente esteja em uso da insulina regular, suspende no intraparto cesariano e o controle vai ser realizado apenas pela NPH. Em relação ao intraparto por indução (vaginal), mantém-se a alimentação, usa-se um terço da dose de NPH pela manhã e a dose total da regular, caso esteja usando, e mantém o soro glicosado 5% para corrigir as possíveis descompensações.

No puerpério, de pacientes com DMG, suspende-se a prescrição de insulina e dieta para diabético. Pacientes com diabetes pré-gestacional devem retornar à dose de insulina utilizada antes da gestação ou à metade da dose utilizada no final da gestação (FEBRASGO, 2019). Essa suspensão da insulina no puerpério é explicada, pois como a DMG é causada por hormônios placentários, ao retirar-se a placenta no período de dequitação é muito provável que essa gestante volte a ter o seu funcionamento normal do pâncreas e, dessa forma, não necessitando mais da insulina. Já as gestantes com diabetes pré-gestacional, estas já tinham um pâncreas deficiente e, portanto, necessitando da volta ao uso da insulina no puerpério.

Na avaliação pós-parto de pacientes com DMG espera-se que o metabolismo dessas mulheres retorne às condições normais. Porém, sabe-se que o risco de desenvolvimento de DM2 ou intolerância à glicose permanece alto, variando de 3% a 65% (FEBRASGO, 2019) (KRAMER *et al.*, 2019). Portanto, é importante que todas essas mulheres sejam avaliadas seis semanas após o parto com o exame de TOTG, para avaliar se esta mulher desenvolveu ou não DM após a gestação. Lembrando que a amamentação tem grandes benefícios para reduzir a porcentagem de tornar-se diabética após a gestação.

O diagnóstico de DM pós parto é estabelecido quando a glicemia em jejum é ≥ 126 mg/dL ou duas horas após sobrecarga de 75 g de glicose ≥ 200 mg/dL. Define-se ainda GJ alterada como sendo de 100 a 125 mg/dL e, caso o jejum seja inferior a 126 mg/dL, mas a glicemia na segunda hora após a sobrecarga com 75g tenha valores de 140 a 199 mg/dL, tem-se o diagnóstico de intolerância à glicose. No entanto, existem situações em que não é possível realizar o TOTG 75g. Nesse caso, aplica-se os critérios de viabilidade financeira e disponibilidade técnica parcial. Nessa técnica é feita apenas a glicemia de jejum e caso estiver abaixo de 100 mg/dL consideramos normal, se estiver entre 100 a 125 mg/dL é considerado glicemia de jejum alterada e se estiver maior ou igual a 126 mg/dL é detectado DM2 (FEBRASGO, 2019). Porém, é importante lembrar que essa técnica tem apenas 66% de taxa de detecção, o que certamente poderá gerar impactos na qualidade de vida quanto a presença de complicações futuras para essa mulher.

É importante ressaltar que, caso o TOTG com sobrecarga de 75g de glicose seja normal, a paciente deverá ser avaliada anualmente por meio de glicemia de jejum, TOTG com 75g de glicose ou pela medida da hemoglobina glicada (HbA1c) (FEBRASGO, 2019). Essas pacientes devem receber orientações quanto a mudança dos hábitos alimentares e a prática de exercícios físicos regulares, pois são grandes candidatas a desenvolver DM2 futuramente.

No acompanhamento das crianças de mães DMG, recomenda-se um estilo de vida saudável e verificações regulares do peso. O rastreamento do DM2 deve ser realizado em crianças e adolescentes assintomáticos com obesidade (IMC > percentil 95, sexo e idade ajustados) ou sobrepeso (IMC > percentil 95) e DMG materno durante a gravidez da criança (KAUTZKY-WILLER *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

É notório que o DMG constitui um problema de saúde mundial causador de inúmeras consequências negativas para o binômio mãe-bebê. Portanto, é imprescindível o conhecimento técnico pelos atuantes no pré-natal, objetivando diagnóstico precoce e propedêutica individualizada em cada caso para obtenção de desenvolvimento fetal adequado com menores taxas de mortalidade e comorbidades futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol*, v. 131, p. e49-e64. 2018.
- DENNEY, J.M. & QUINN, K.H. Gestational Diabetes: Underpinning Principles, Surveillance, and Management. *Obstet Gynecol Clin North Am*, v. 45, p. 299-314. 2018.
- DI BIASE, N. Review of general suggestions on physical activity to prevent and treat gestational and pre-existing diabetes during pregnancy and in postpartum. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, v. 29, p. 115-126. 2019.
- DICKENS, L.T. & THOMAS, C.C. Updates in Gestational Diabetes Prevalence, Treatment, and Health Policy. *Curr Diab Rep*, v. 19, p. 33. 2019.
- FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. *Revista Feminina*, v. 47, p. 786. 2019.
- FEGHALI, M.N. *et al.* Drugs to Control Diabetes During Pregnancy. *Clin Perinatol*, v. 46, p. 257-272. 2019.
- FERNANDES, C.E. & SÁ, M.F.S., editores. *Tratado de Obstetrícia FEBRASGO*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
- GENNARO, G. *de et al.* The role of adipokines in the pathogenesis of gestational diabetes mellitus. *Gynecol Endocrinol*, v. 35, p. 737. 2019.
- JOHNS, E.C. *et al.* Gestational Diabetes Mellitus: Mechanisms, Treatment, and Complications. *Trends Endocrinol Metab*, v. 29, p. 743-754. 2018.
- KARURANGA S *et al.*, editor. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 9th ed. Belgium: International Diabetes Federation; 2019.
- KAUTZKY-WILLER, A. *et al.* Gestational diabetes mellitus (Update 2019). *Vienna Klin Wochenschr*. V. 131, p. 91-102. 2019.
- KINTIRAKI, E & GOULIS, DG. Gestational diabetes mellitus: Multi-disciplinary treatment approaches. *Metabolism*, v. 86, p. 91-101. 2018.
- KRAMER, C.K. *et al.* Gestational diabetes and the risk of cardiovascular disease in women: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, v. 62, p. 905-914. 2019.
- MAHAJAN, A. *et al.* Evidenced-Based Nutrition for Gestational Diabetes Mellitus. *Curr Diab Rep*, v. 31, p. 94. 2019.
- MCINTYRE, H.D. *et al.* Gestational diabetes mellitus. 2019. *Nat Rev Dis Primers*, v. 11, p. 47. 2019.
- PITITTO, BA *et al.* Dados epidemiológicos do diabetes mellitus no Brasil. Departamento de epidemiologia, economia e saúde pública SBD, 2018-2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/SBD-Dados_Epidemiologicos_do_Diabetes_-_High_Fidelity.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2020.

PLOWS, J.F. *et al.* The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. *Int J Mol Sci*, v. 19, p. 3342. 2018.

SAVVAKI, D *et al.* Guidelines for exercise during normal pregnancy and gestational diabetes: a review of international recommendations. *Hormones (Athens)*, v. 17, p. 521-529. 2018.

ŚWIRSKA, J. *et al.* Gestational diabetes mellitus: literature review on selected cytokines and hormones of confirmed or possible role in its pathogenesis. *Ginekol Pol*, v. 89, p. 522-527.2018.

YU, Y. *et al.* Effect of exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*, v. 3, p. 1632-1637. 2018.

17

MORTALIDADE MATERNA: UM PROBLEMA MULTIFATORIAL DE SAÚDE PÚBLICA QUE CARECE DE MAIS ATENÇÃO

FILIAÇÃO

¹ Graduanda em Medicina, Universidade de Itaúna, Itaúna/MG.

AUTORES

ALICE CARVALHO HOFFMANN¹
BIANCA HENRIQUES PARREIRAS¹
LETÍCIA FERNANDA SARAIVA JARDIM¹
LETÍCIA RIBEIRO SILVA¹
THAÍS MONÇÃO NICOLAU¹
VERÔNICA MOREIRA BELO¹

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Políticas Públicas; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A morte materna é definida como o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou da localização da gravidez, sendo que não é considerada morte materna aquela provocada por fatores incidentais ou acidentais (VIANA, 2011). Em 2017, um total de 295.000 mulheres em todo o mundo perderam suas vidas vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico puerperal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). O modelo dos três atrasos de Thaddeus e Maine, desenvolvido em 1994, aponta as principais falhas diagnósticas e terapêuticas que resultam na morte materna. Esses atrasos ocorrem na decisão de procurar o serviço de saúde e na dificuldade de acesso às unidades de atendimento médico, além de protelar o início dos cuidados resultantes da baixa infraestrutura e escassez de profissionais qualificados nos serviços ofertados (THADDEUS & MAINE, 1994).

O objetivo deste estudo foi, em sua essência, analisar os dados referentes à epidemiologia da mortalidade materna no Brasil, bem como as políticas públicas existentes para reverter o presente cenário e outras intervenções necessárias para diminuir os índices atual. Nesse contexto, uma correlação entre os índices brasileiros e os de outros países faz-se justificável, afim de comparar a eficácia preventiva e intervencionista do Brasil em casos de mortalidade materna.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão qualitativa de literatura utilizando os descritores “Mortalidade materna”, “Políticas Públicas” e “Epidemiologia” em artigos publicados no período de julho de 2006 a agosto de 2019, nas bases de dados PubMed, e SciELO. A pesquisa bibliográfica foi realizada no mês de setembro de 2020 e se baseou em 15 artigos científicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como citado anteriormente, modelo dos três atrasos de Taddeus e Maine, aborda pilares das falhas diagnósticas e terapêuticas que resultam na morte materna. Sendo assim, primeiro atraso seria na decisão de procurar o serviço de saúde devido à falta de compreensão das complicações da gravidez que está intimamente relacionado ao baixo nível socioeconômico e à baixa escolaridade. O segundo atraso seria para chegar ao serviço de saúde, causado por barreiras geográficas, pela distância ou necessidade de meios de transporte, além da escassez ou ausência de unidades médicas na região. Por último, existe o atraso no início dos cuidados de saúde causado por baixa infraestrutura e falta de profissionais treinados nos serviços ofertados.

No mundo, uma mulher morre em decorrência de complicações gestacionais e do parto a cada minuto, sendo a maioria em ambiente hospitalar (MARTINS, 2006). Das mortes maternas, quase a sua totalidade seria evitável se houvesse uma assistência obstétrica adequada e um maior enfoque no diagnóstico precoce dos fatores de risco. Somado esses fatos, a principal estratégia para a redução do alto número de mortes maternas parece ser o parto institucional, isto é, realizado por profissionais de saúde capacitados, em uma unidade de saúde preparada adequadamente (ALENCAR JÚNIOR, 2006; FALCÃO *et al.*, 2011; MARTINS & SILVA, 2018).

Portanto, a responsabilidade dos obstetras em buscarem a excelência no atendimento prestado a essas mulheres, associada à aplicação de políticas públicas se torna o meio mais eficaz para a redução do número de óbitos maternos. O planejamento reprodutivo, o acompanhamento, a detecção precoce de doenças maternas e/ou fetais e o tratamento adequado das possíveis complicações da gravidez, do parto e do puerpério desempenham um relevante papel na redução da mortalidade materna, garantindo, assim, o direito fundamental à vida (ALENCAR JÚNIOR, 2006).

Morte materna obstétrica direta

Resultado de complicações obstétricas durante a gestação, parto ou puerpério, a morte materna obstétrica direta é consequência de más práticas, omissões, intervenções e tratamentos inadequados ou complicações provenientes destes. Suas causas são variadas e incluem as hemorragias de primeira e segunda metade da gravidez, transtornos hipertensivos da gravidez, parto ou puerpério, complicações venosas da gravidez, infecções do trato urinário, hemorragia pós-parto, tromboembolismo venoso, complicações durante o trabalho de parto (em decorrência da anestesia, por exemplo), complicações do puerpério (como infecção puerperal e embolia amniótica), mola hidatiforme, necrose hipofisária pós-parto e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério.

Morte materna obstétrica indireta

As mortes obstétricas indiretas provêm de condições patológicas pré-existentes ou estabelecidas durante o período gravídico, que não decorrem de causas obstétricas diretas, mas daquelas que agravadas pelas alterações fisiológicas gestacionais. Hipertensão arterial sistêmica, diabetes pré-gestacional, cardiopatias, hemoglobinopatias, parasitoses, infecções (com destaque para sífilis e tuberculose) e doenças secundárias ao HIV estão relacionadas aos óbitos maternos obstétricos indiretos.

Morte materna não obstétrica

Provenientes de causas acidentais ou incidentais não relacionadas ao período gravídico-puerperal ou ao seu manejo. Dessa forma, os óbitos maternos não-obstétricos não são incluídos no cálculo da razão de morte materna (RMM).

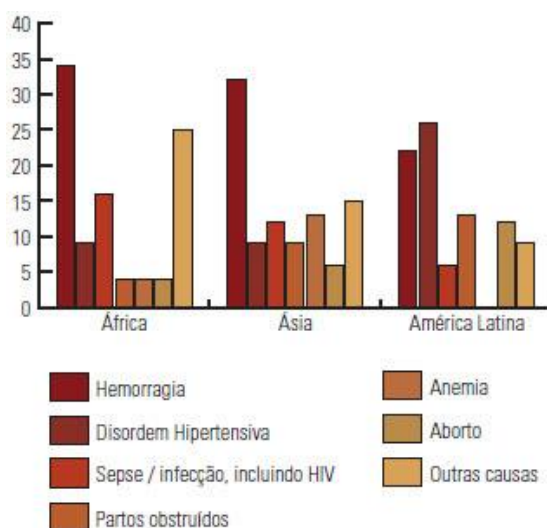
Morte materna tardia

Óbitos maternos tardios incluem mortes de mulheres por causas obstétricas, diretas ou indiretas, em um período superior a 42 dias, mas inferior a um ano de pós-parto.

Morte materna presumível ou mascarada

Ocorre quando a causa básica do óbito está diretamente ligada ao estado gravídico-puerperal, porém, por erros de preenchimento, essa condição não consta na Declaração de óbito (DO). Assim, registra-se apenas a causa final do falecimento, isto é, o último fenômeno que imediatamente antecedeu a morte, e não a primeira condição que tornou todas as outras possíveis (Figura 1). Em exemplo a isso, pode-se citar um quadro de Eclampsia culminando em Acidente Vascular Cerebral (AVC), em que, na DO, a causa do óbito se resume ao AVC e não à complicação obstétrica primária (NOVO *et al.*, 2010.) Nesse contexto, as causas do óbito que, comumente, são registradas na DO e subnotificam as complicações obstétricas, são chamadas de “máscaras” e, por isso, o nome de “Morte materna mascarada”. São alguns, dentro dos vastos, exemplos de máscaras: crises convulsivas, choques, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, pneumonia, hemorragia e peritonite (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Figura 1. Causas de mortes maternas, 1997-2002 (porcentagem)

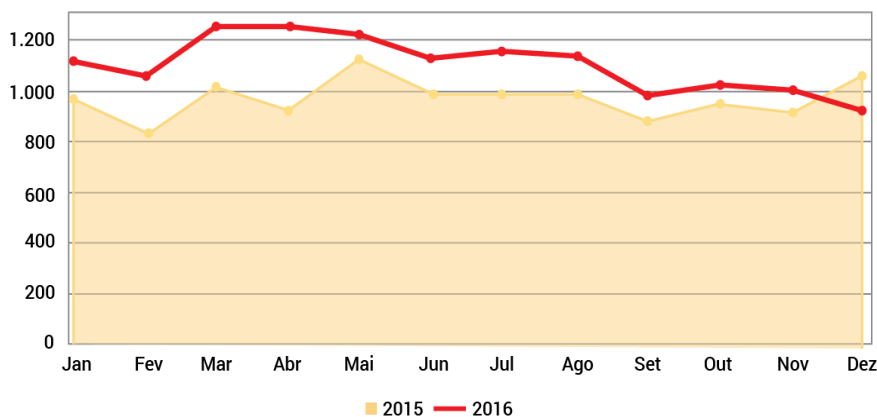


Fonte: DIAS *et al.*, 2015.

Diante disso, a morte materna mascarada é um empecilho para a fidedigna compreensão da realidade social do Brasil. Buscando amenizar esse problema, o Brasil, promoveu, em 2014, a ampliação dos Comitês de Mortalidade Materna, com o objetivo de identificar óbitos maternos de

consequência obstétrica e sinalizá-los (VIANA *et al.*, 2011). Tal projeto fez com que a subnotificação caísse, e, assim, os números totais de morte materna por causas presumíveis aumentassem, visto que agora seriam consideradas consequências tardias de complicações obstétricas e não causas primárias (Figura 2).

Figura 2. Painel de monitoramento da mortalidade materna



Fonte: CGIAE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2017.

Morte materna declarada

Ocorre quando a causa básica do óbito é diretamente ligada ao estado gravídico-puerperal e está corretamente indicada na DO, fornecendo a compreensão dos dados como um todo (Figura 3) (LAURENTI *et al.*, 2008).

Figura 3. Causas de morte em mulheres de 10 a 49 anos, no Brasil, em 2002

CAUSAS DE MORTE	DO-N		DO-O	
	Nº	%	%	Nº
Aborto (000-008)	23	11,4	16	11,1
Transtornos hipertensivos (010-016)	50	24,9	36	25,0
Outros transtornos na gravidez (020-029)	6	3,0	5	3,5
Problemas ligados ao feto, membrana, placenta (030-048)	18	9,0	15	10,4
Complicações do trabalho de parto, do parto (060-075)	21	10,4	20	13,9
Complicações do Puerpério (085-092)	17	8,4	27	18,7
Causa obstétrica não específica (095)	15	7,5	2	1,4
Causas obstétricas Indiretas (098-099)	51	25,4	23	16,0
TOTAL	201	100,0	144	100,0

Legenda: entre parênteses, encontram-se os códigos do Capítulo XV da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, décima edição (CID-10). DO-N se refere as declarações de óbitos novas, e DO-O a declarações de óbitos originais. **Fonte:** MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

Morte materna relacionada à gravidez

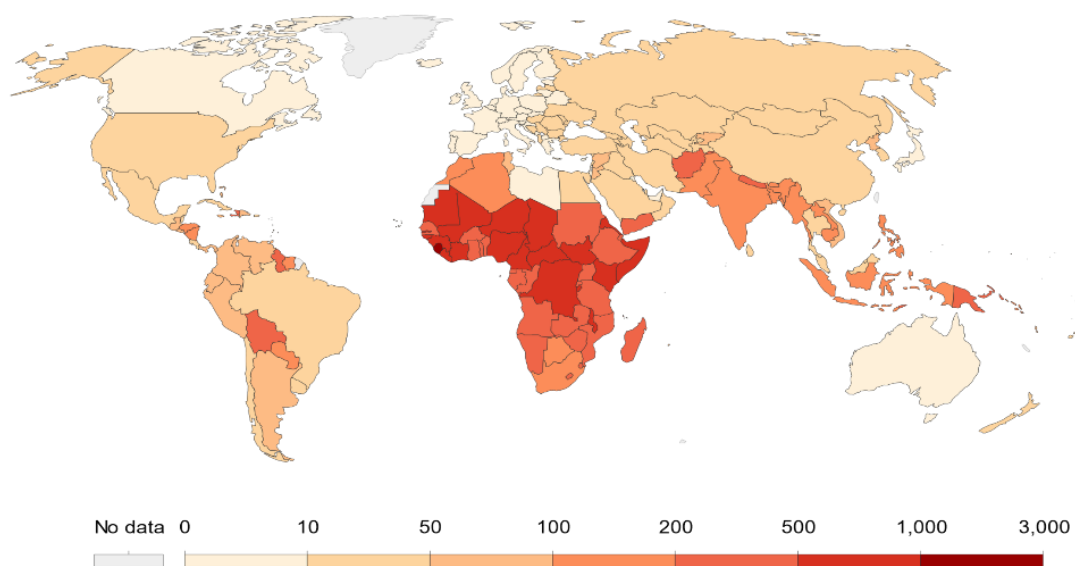
É caracterizada como a soma das mortes do pré parto, intraparto e pós parto, sendo que esse último se define por 42 dias após o parto. Vale ressaltar que a razão da morte materna obrigatoriamente tem que ser relacionada ao estado gravídico ou puerperal, não se enquadrando, por exemplo, mortes acidentais ou incidentais. Existem algumas subdivisões em relação ao local que esses óbitos possam ocorrer:

- Morte hospitalar: ocorre em qualquer órgão provedor de saúde, seja uma clínica ou um hospital, ou até mesmo dentro da ambulância.
- Morte domiciliar: ocorre dentro do domicílio, podendo ser da paciente ou não.
- Morte em via pública: ocorre em local público ou em trânsito num veículo não destinado especificamente ao transporte de pacientes, com a ausência de um profissional de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Morte materna evitável

Definida quando a causa básica do óbito poderia ter sido evitada a princípio, devido à toda tecnologia e ciência existentes atualmente. Tal afirmação é corroborada quando se compara a Razão de Mortalidade Materna entre países desenvolvidos, que detêm de métodos terapêuticos e tecnológicos eficazes, com os países subdesenvolvidos, que deixam a desejar nesses aspectos (Figura 4) (GAPMINDER, 2010).

Figura 4. Taxa de Mortalidade Materna em 2015: número de mulheres que foram a óbito devido causas relacionadas a gravidez durante a gestação ou até 42 dias após o final da mesma por 100.000 nascidos vivos



Fonte: GAPMINDER, 2010; WORD BANK, 2015.

Estatísticas de outros países

Desde 1990, países subsaarianos têm reduzido pela metade a mortalidade materna. Em outras regiões, como a Ásia e o Norte da África, os progressos têm sido ainda maiores. Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna global (número de mortes maternas por cada 100 mil nascidos vivos) diminuiu apenas 2,3% ao ano. No entanto, a partir de 2000, observou-se uma aceleração nessa redução. Em alguns países, as reduções anuais de mortalidade materna entre 2000 e 2010 foram superiores a 5,5% (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

As mulheres na África ao sul do Saara enfrentam um risco de morte de 1 em 37 durante a gravidez ou o parto. Em comparação, esse risco para uma mulher na Europa é de 1 em 6.500. A África ao sul do Saara e a Ásia Meridional são responsáveis por cerca de 80% das mortes maternas e infantis globais. De 2000 a 2017, a taxa de mortalidade materna diminuiu 38%. A Ásia Central e Meridional fez as maiores melhorias na sobrevivência materna com uma redução de 60% na taxa de mortalidade materna desde 2000 (WHO *et al.*, 2019).

O alto número de mortes maternas em algumas áreas do mundo reflete desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Quase todas as mortes maternas (99%) ocorrem em países em desenvolvimento. Mais da metade delas ocorre na África Subsaariana e quase um terço no sul da Ásia. Mais da metade das mortes maternas ocorrem em ambientes frágeis e em contextos de crises humanitárias. A taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento em 2015 é de 239 por 100 mil nascidos vivos versus 12 por 100 mil nascidos vivos em países desenvolvidos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Perfil dos óbitos maternos

A constatação das causas de morte materna é essencial também para que se defina o seu perfil epidemiológico. Essa mortalidade atinge mulheres em diferentes faixas etárias, no entanto, sua prevalência tende a aumentar de acordo com o avanço da idade e naquelas pacientes que se encontram no ápice do período reprodutivo. Mulheres mais velhas possuem risco aumentado de desenvolverem complicações gravídicas, além de muitas vezes já possuírem patologias crônicas pré-existentes. Já a ocorrência significativa de óbitos maternos em mulheres de 20-30 anos reforça a importância de melhorias na assistência ao pré-natal, parto e puerpério e, principalmente, da detecção precoce das gestações de alto risco (SCARTON *et al.*, 2019).

No que diz respeito à raça, sabe-se que indivíduos negros possuem maior predisposição biológica ao desenvolvimento de algumas doenças, como a hipertensão arterial. Além disso, o componente racial revela desigualdades sociais e em relação aos serviços de saúde enfrentadas por mulheres negras e pardas. A dificuldade de acesso a profissionais de saúde capacitados e a políticas públicas voltadas aos riscos específicos aos quais esse grupo está exposto infelizmente ainda é uma realidade. A raça negra, mesmo sendo equivalente a 5,96% das mulheres brasileiras em idade fértil, possui uma porcentagem de 10,49% dos óbitos maternos no país (SCARTON *et al.*, 2019).

Outro reflexo da desigualdade social que afeta diretamente o índice de morte materna é a taxa de escolaridade. Mulheres alfabetizadas são mais propensas a buscar atendimento pré-natal, o que contribui para uma menor mortalidade materna nesse grupo. Ademais, a baixa escolaridade das mulheres pode interferir negativamente na obtenção de informações sobre métodos contraceptivos e na adesão às orientações fornecidas durante o pré-natal (SCARTON *et al.*, 2019).

A mortalidade materna também pode ser influenciada pelo estado civil das mulheres. Gestantes solteiras, viúvas ou divorciadas estão mais vulneráveis à falta de apoio afetivo, social e financeiro por parte do pai do bebê e da família (SCARTON *et al.*, 2019).

Segundo estudo realizado em Campinas – Brasil sobre os antecedentes obstétricos mais prevalentes, constatou-se que as mulheres avaliadas apresentavam algum tipo de hipertensão arterial, enquanto outras eram portadoras de cardiopatias, eram soropositivas para HIV ou, nas gestações anteriores, já haviam desenvolvido complicações. O estudo citado, que pretendia descrever a frequência da mortalidade materna e sua evitabilidade em um hospital de atendimento a nível terciário, também concluiu que a ocorrência de óbitos maternos estava mais relacionada a partos por via cesariana e que a maioria das mulheres eram multigestas (SCARTON *et al.*, 2019).

Pode-se observar, portanto, a estreita e direta relação entre as condições de desenvolvimento social e econômico de uma região com os índices de mortalidade materna identificados na mesma. Assim, a mortalidade materna deve ser encarada como um problema multifatorial de saúde pública, ficando evidente a necessidade de ações nos grupos de maior vulnerabilidade social.

Intervenções e prevenção

Como maneira de intervenção, devemos pensar no planejamento familiar, que é um conjunto de ações que auxiliam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos ou mesmo, fornecer informações e insumos para a prevenção de uma gravidez não planejada. Conforme a Lei Federal 9.263/96, o planejamento familiar é direito de todo o cidadão e se caracteriza pelo conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Em 2007, foi criada a Política Nacional de Planejamento Familiar, que incluiu a distribuição gratuita de preservativos e a diminuição do preço de pílulas anticoncepcionais, além de expandir as ações educativas sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Já em 2009, essa política foi reforçada pelo Ministério da Saúde que ampliou o acesso aos métodos contraceptivos, disponibilizando mais de oito tipos nos postos de saúde e hospitais públicos. O SUS também fornece, desde 1999, a esterilização cirúrgica para homens e mulheres (vasectomia e laqueadura tubária) desde que estejam enquadrados em critérios estabelecidos, sendo alguns deles: idade maior que vinte cinco anos; pelo menos dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico; quando nova gravidez pode trazer risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto.

Já a assistência à contracepção é um importante componente da atenção primária à saúde e está prevista pelo Ministério da Saúde na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Compreende a assistência clínico-ginecológica, da adolescência ao climatério, a assistência pré-natal, parto e puerpério, a prevenção ao câncer ginecológico, como o de colo de útero, e a prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis e o HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As mulheres que pretendem ter uma gestação segura e planejada, também devem ter um amparo médico, emocional e social. Antes mesmo de engravidar, a mulher deve procurar assistência médica para iniciar protocolos de tratamento que previnem riscos ao feto e a mãe, como suplementação com polivitamínicos, dosagens hormonais e avaliação laboratorial completa para

checar o estado prévio da futura mãe e, se necessário, tratar doenças pré-existentes ou distúrbios que podem se agravar com a gravidez, como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes e anemias.

Se tratando do momento do parto e das possíveis complicações que podem ocorrer nele, algumas intervenções médicas podem ser cruciais. Para a prevenção e controle da hemorragia pós parto (HPP), medicamentos uterotônicos como o misoprostol e ocitocina, apresentam evidência alta e moderada, além de terem contribuído para a diminuição da perda média de sangue, da duração do tempo do terceiro período de parto, da concentração de hematócrito/hemoglobina e da necessidade de uterotônico adicional (RANGEL *et al.*, 2019).

Outra grande causa de morte materna associada ao momento do parto, pré e pós-parto imediato, seriam as crises hipertensivas. A pré-eclâmpsia é a entidade mais importante daquelas que se manifestam ou se agravam durante a evolução do ciclo grávido puerperal e se associam a altos índices de morbiletalidade materna e fetal (GIANINI *et al.*, 2010).

Para a prevenção de pré-eclâmpsia, o diagnóstico precoce e o controle dos níveis pressóricos no período gestacional são as condutas mais eficazes e para a prevenção de acidente vascular encefálico, o controle dos picos hipertensivos com Hidralazina e Nifedipina, que são amplamente empregados pela maioria dos protocolos médicos.

Por último, mas não menos importante, as infecções também estão relacionadas a uma parcela considerável de causas de morte materna. As infecções que ocorrem no período pré-natal, como as vaginoses bacterianas, vaginites e infecções urinárias devem ser rastreadas e tratadas o mais precocemente possível, a fim de evitar complicações para a mãe e para o bebê. Já as infecções ocorridas durante o parto, podem ser evitadas com medidas assistenciais como: cuidados de assepsia e antisepsia adequados, evitar trabalhos de parto prolongados e partos operatórios desnecessários, uso sistemático de antibiótico profilático na cesariana e técnicas cirúrgicas corretas.

Políticas públicas

Considerando que a mortalidade materna no Brasil constitui uma violação dos direitos humanos das mulheres e um grave problema de saúde pública, em março de 2005 foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Algumas das principais estratégias assumidas por esse pacto seriam: assegurar o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados; garantir que mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços ou peregrinem em busca de assistência; investir na qualificação de maternidades e hospitais que realizam parto; garantir acesso ao planejamento familiar e apoiar os Centros de Parto Normal.

Desde 2000, a mortalidade materna já era considerada um dos principais problemas a serem enfrentados no Brasil e no mundo, e devido à sua magnitude, a redução dessa mortalidade foi incluída na lista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). A meta era reduzir em 75% a razão da mortalidade materna até 2015, no entanto, as estimativas globais sobre o declínio desta mortalidade revelam que os resultados atingidos não foram suficientes para alcançar a meta na maioria dos países (MARTINS *et al.*, 2017).

Em 2015, novos objetivos foram propostos para serem atingidos até 2030, nomeados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a nova meta brasileira relacionada à mortalidade materna é um índice de 30 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos, até o ano de 2030 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Para alcançar esse objetivo, foram criados também os

comitês de morte materna, caracterizados por organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional, de caráter técnico-científico, sigiloso e educativo. Por meio deles, é possível identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a redução da Mortalidade Materna na região de sua abrangência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Apesar de várias medidas adotadas e políticas criadas com a finalidade de reduzir o índice de óbitos maternos, e mesmo com os avanços vivenciados em diversos indicadores de saúde, o Brasil ainda está distante de reverter o cenário atual quando se trata de morte materna. Uma importante ferramenta para futuros estudos seria a avaliar a implementação de intervenções baseadas em evidências, bem como o desenvolvimento de pesquisas que proporcionem impactos positivos na saúde materno-infantil e na organização dos serviços no Brasil. Essas medidas podem contribuir para a melhoria da saúde materna por meio da implementação de programas efetivos de planejamento reprodutivo, capacitação de profissionais para atuarem em situações de urgências e emergências obstétricas, assistência pré-natal de qualidade, monitoramento adequado dos sistemas de vigilância e de mortalidade materna com dados fidedignos (MAMEDE & PRUDÊNCIO, 2015).

CONCLUSÃO

O Brasil ainda está distante de reverter o cenário atual de mortalidade materna, sendo que as políticas públicas desenvolvidas sejam executadas de forma eficaz para diminuir os índices de morte materna e garantir a saúde da mulher em seu âmbito materno e pós-materno. A prevenção é de suma importância como visto, e também uma importante ferramenta para futuros estudos seria avaliar a implementação de intervenções baseadas em evidências, bem como pesquisas que proporcionem impactos positivos na saúde materno-infantil e na organização dos serviços no Brasil.

Essas medidas podem contribuir para a melhoria da saúde materna por meio de programas efetivos de planejamento reprodutivo, capacitação de profissionais para atuarem em situações de urgências e emergências obstétricas, assistência pré-natal de qualidade, monitoramento adequado dos sistemas de vigilância e de mortalidade materna, com dados fidedignos que contemplem a realidade do país e possibilite sua melhoria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR JÚNIOR, C.A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, p. 377, 2006.
- DIAS, J.M.G. *et al.* Maternal Mortality. *Rev Med Minas Gerais*, v. 25, p. 168, 2015.
- FALCÃO, N.H.F. *et al.* Aspectos epidemiológicos da mortalidade materna no Brasil: a difícil tarefa de obtenção de dados reais. *Brasília Médica*, v. 48, p. 403, 2011.
- GAPMINDER (2010) WORD BANK (2015). Maternal Mortality by Max Roser and Hannah Ritchie. Disponível em: < <https://ourworldindata.org/maternal-mortality>> . Acesso em 29 de Junho de 2020.
- LAURENTI, R. *et al.* Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 17, p. 283, 2008.
- MAMEDE, F.V. & PRUDÊNCIO, P.S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, p. 262, 2015.
- MARTINS, A.C.S & SILVA, L.S. Perfil epidemiológico da mortalidade materna. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 677, 2018.
- MARTINS, A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* v. 22, p. 2473, 2006.
- MARTINS, E.F. *et al.* Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, e00133115, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mortalidade materna no Brasil. *Boletim Epidemiológico* nº 20. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 51, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas, 2002. OMS – Organização Mundial da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, 3ª edição. Brasília, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Vigilância à Saúde. CGIAE. Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna. Brasília, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Vigilância à Saúde. Saúde Brasil. Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília, 2017.
- NOVO J.L.V.G. & GIANINI, R.J. Mortalidade materna por eclampsia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, p. 209, 2010.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Folha informativa - Mortalidade materna. Brasília, 2018. Disponível em: < <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34582>> . Acesso em 20 de Junho de 2020.
- RANGEL, R.C.T. *et al.* Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, e3165, 2019.
- SCARTON, J. *et al.* Perfil da mortalidade materna: uma revisão integrativa da literatura. *Cuidado é Fundamental: Revista Online de Pesquisa*, v. 11, p. 816, 2019.
- THADDEUS S, MAINE D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, v. 38, p. 1091-1110, 1994.
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Maternal mortality: Levels and trends 2000 to 2017. Publicado em 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327595/9789241516488-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em 18 de junho de 2020.

18

ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FILIAÇÃO

¹ Discentes de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. MG.

AUTORES

ANDRÉ LUÍS VIEIRA DRUMOND¹
CLARA NUNES CASTRO¹
GIOVANNA LETÍCIA SIMÕES LIMA¹

Palavras-chave: Saúde da mulher; Violência contra a mulher; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A violência contra mulher é um problema recorrente ao longo da história, sendo comum em todo o mundo. Em 2013, uma análise conduzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 80 países, observou que 35% das mulheres já vivenciaram violência física ou sexual. Essa prevalência se repete no Brasil: em São Paulo, 1/3 das usuárias dos serviços de saúde já viveu um episódio de violência na vida (SCHRAIBER *et al.*, 2002). São dados como esses que justificam o fato de um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU) ser “Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres”.

No último século, com o aumento do movimento feminista, a violência de gênero tem recebido crescente atenção. No Brasil, leis sobre questões de gênero existem desde a Constituição de 1988. Entretanto, foi apenas em 2006, com a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340), que estratégias sistematizadas de proteção à vítima foram instituídas (FADIGAS, 2006). Essa lei foi fundamental para regularizar a punição dos agressores, além de garantir a segurança da vítima, a assistência jurídica e a prioridade da tramitação do processo de separação judicial ou divórcio.

O objetivo deste capítulo é discutir sobre os tipos de violência às quais a mulher está sujeita, seus fatores de risco e consequências para a saúde; discorrer sobre como deve ocorrer o atendimento na atenção primária à saúde (critérios de suspeita clínica, notificação e encaminhamentos), além de refletir sobre os principais obstáculos na abordagem da violência no sistema de saúde brasileiro.

MÉTODO

Pesquisa de protocolos, manuais e resoluções legais sobre o atendimento às vítimas de violência, elaborados pela OMS, pelo Ministério da Saúde (Brasil) e por Secretarias de Saúde de estados e capitais brasileiras. Além disso, revisão bibliográfica nas bases de dados SciELO e

PubMed, utilizando os descritores “mulher”, “violência” e “atenção primária”, sendo priorizados artigos brasileiros, publicados na última década.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tipos de violência

A Lei Maria da Penha classifica a violência contra a mulher em cinco tipos: psicológica, moral, sexual, patrimonial e, a forma mais conhecida, física. A divisão tem por objetivo facilitar o entendimento e a avaliação das situações, visto que muitas vezes elas ocorrem simultaneamente e possuem consequências graves para a vítima, independente de qual tipo for (BRASIL, 2006).

A agressão física é a mais comum e é citada na lei como “qualquer conduta que ofenda a sua integridade ou saúde corporal”, ou seja, engloba espancamento, estrangulamento, lesões com objetos perfurocortantes, armas de fogo, entre outras formas. Ela é mais facilmente compreendida como ato violento e criminoso pelas partes envolvidas, em detrimento dos outros tipos. Por sua vez, a violência psicológica é entendida como conduta que cause danos emocionais e/ou diminuição da autoestima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças. Estão incluídas a limitação do direito de ir e vir e o isolamento da vítima, como a proibição de estudar e de encontrar parentes e amigos.

A violência sexual, por sua vez, é descrita como conduta que intimide a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada por meio de ameaça, coação ou uso da força. Ela inclui, também, a proibição do uso de contraceptivos ou da escolha de ter ou não filhos, além da exploração sexual, quando a mulher não consente com a comercialização de sua sexualidade. Forçar relações sexuais com mulheres que estão inconscientes, que estão doentes, ou que por qualquer motivo não consentem explicitamente com aquele ato, é considerado estupro.

A quarta forma, a violência patrimonial, é entendida, legalmente, como “qualquer conduta que configure retenção, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades”. Por fim, a violência moral configura calúnia, difamação ou injúria, que envolve diversas situações, como acusar erroneamente a mulher, emitir juízos morais sobre condutas, desvalorizar a vítima pela sua forma de vestir, entre outros (INSTITUTO MARIA DA PENHA, 2020).

Fatores de risco

O principal agente de violência contra a mulher é o parceiro da vítima, na imensa maioria das vezes, homem, seguido por conhecidos e, então, desconhecidos. Esse tipo de violência possui base multifatorial (GARCÍA-MORENO & STÖCKL, 2009), com os principais fatores de risco relacionados à vulnerabilidade da mulher, e deve ser avaliado considerando os aspectos sociais envolvidos.

a. Dependência x Independência financeira

Ser dependente financeiramente do parceiro é um fator de risco com evidências muito conflituosas entre si (KWARAMBA *et al.*, 2019; GAGE & THOMAS, 2017; MACMILLAN & GARTNER, 1999). Estudos que indicam que ser dependente financeiramente (não possuir renda própria externa) é um fator de risco, justificam seus achados pela visão de que a mulher seria incapaz de sustentar a si e aos filhos caso se separe. Assim, ela fica presa ao relacionamento abusivo e às violências do parceiro.

Entretanto, alguns outros estudos apontam evidências de que mulheres com renda própria também podem ser vítimas de violência doméstica, uma vez que seus parceiros, por resistirem às mudanças dos papéis sociais e sentirem que seu papel de chefe da família e provedor da casa está ameaçado, usam a violência como forma de manter a mulher em seu papel de submissão (KWARAMBA *et al.*, 2019; GAGE & THOMAS, 2017). Esse aspecto foi discutido por Macmillan e Gartner (1999), ao encontrarem relação de proteção do trabalho feminino para as mulheres cujos parceiros eram empregados, e relação de risco quando o parceiro estava desempregado.

b. Ter filhos

A relação entre a violência doméstica e o fato de a mulher possuir filhos pode ser relacionado ao estresse financeiro provocado pelo sustento de uma criança, mas também pela dinâmica familiar conflituosa, muitas vezes com violência infantil concomitante (KWARAMBA *et al.*, 2019).

c. Idade

Os extremos de idade estão fortemente associados ao aumento de violências, especialmente sexuais. Crianças do sexo feminino são especialmente vulneráveis à violência sexual, apesar de, nessa faixa etária, o sexo masculino também ser vítima frequente. Os familiares e conhecidos são os agentes majoritários (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020), o que dificulta a percepção precoce do agravo, seja pela família, seja pelos agentes de saúde, favorecendo a subnotificação dos casos.

Por outro lado, mulheres mais velhas também possuem risco aumentado de serem vítimas de violência sexual (KWARAMBA *et al.*, 2019). Por terem crescido em um ambiente ainda mais machista do que o atual, elas são mais propensas a aceitar formas de violência antes socialmente comuns, como a relação sexual forçada pelo parceiro.

d. Ter presenciado ou sido vítima de violência anteriormente

Aspectos como crescer em ambiente violento e ter sido vítima de violência na infância, são importantes fatores de risco para que uma mulher seja vítima de violência na vida adulta (GARCÍA-MORENO & STÖCKL, 2009), uma vez que, ao crescerem, elas costumam aceitar e reproduzir esse comportamento, entendendo-o como a dinâmica normal de uma família.

e. Falta de suporte institucional

A ausência de um apoio institucional às vítimas de violência é também fator de risco. Mesmo com todos os avanços na legislação, apenas 9,1% dos municípios brasileiros possuem delegacias

especializadas (“delegacias da mulher”), e 90,3% das cidades não possuem nenhum serviço de atenção especializada a mulheres vítimas de violência sexual (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Além disso, o apoio institucional também é representado pelas pessoas vinculadas às estruturas de poder, desde policiais até governantes (predominantemente homens). O medo de enfrentar os julgamentos durante as denúncias e o processo judicial que a segue inibe as vítimas a buscar assistência, tanto nos serviços de saúde, quanto nos de assistência social e jurídica.

f. Morar com o parceiro

O fato de a mulher morar com o parceiro facilita que ela se torne vulnerável a ele (GARCÍA-MORENO & STÖCKL, 2009), especialmente quando há presença concomitante de outros fatores, como dependência financeira, vários filhos e baixa escolaridade.

g. Outros fatores de vulnerabilidade social

A vulnerabilidade social traz consigo uma série de fatores que atuam sinergicamente para a intensificação da violência contra a mulher. A baixa escolaridade (GARCÍA-MORENO & STÖCKL, 2009), por exemplo, está associada ao desconhecimento da mulher sobre seus direitos e à dificuldade de acesso a serviços de assistência, como delegacias especializadas e assistência social.

Consequências para saúde da mulher

A violência contra a mulher, além de uma violação dos direitos humanos, é um grave problema de saúde pública na medida em que causa danos potencialmente irreversíveis. Algumas repercussões são exclusivas da violência física, como fraturas e danos permanentes a olhos e ouvidos, resultantes de golpes violentos (GARCÍA-MORENO & STÖCKL, 2009). Esse tipo de violência e essas lesões são mais facilmente identificáveis, especialmente em mulheres que apresentam machucados e hematomas frequentes. Entretanto, todos os subtipos de violências podem provocar consequências a longo prazo, como Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, comportamento suicida, distúrbios alimentares e síndromes relacionadas ao estresse psicológico, como síndrome do intestino irritável ou dores crônicas, como dor pélvica crônica e fibromialgia (O’CAMPO *et al.*, 2006; GARCÍA-MORENO & STÖCKL, 2009; CORREIA *et al.*, 2018; JOHNSON *et al.*, 2014).

A respeito da saúde sexual das vítimas, os principais riscos imediatos são em relação a contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST’s), bem como gestações indesejadas, que tem por consequência elevados índices de procedimentos ilegais e inseguros de interrupção da gestação. A longo prazo, essas mulheres possuem maior risco de abuso de substâncias, como álcool e tabaco (GAGE & THOMAS, 2017; GARCÍA-MORENO & STÖCKL, 2009). Quando a violência se dá contra a gestante, são encontradas maiores taxas de prematuridade, abortos espontâneos e induzidos, óbitos fetais e consumo de drogas durante a gestação, além de menores taxas de amamentação. Existe também relação com maior violência e mortalidade infantil nas crianças geradas nessa gestação (GARCÍA-MORENO & STÖCKL, 2009). Por fim, é necessário discutir a possibilidade desse cenário de violência evoluir para o feminicídio, considerando que, como na violência contra a mulher, a maior parte dos homicídios de mulheres é provocado por seus parceiros (FONSECA *et*

al., 2018). Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais e abordem as vítimas precocemente, a fim de garantir sua proteção.

Protocolos de atendimento à mulher vítima de violência na Atenção Primária (APS)

Todos os profissionais da APS podem suspeitar ou identificar um caso de violência. É de extrema importância que a Equipe de Saúde da Família (ESF) reúna dados e evidências para a construção da história e que o caso seja acompanhado por profissionais de apoio, como assistente social, psicólogo, ginecologista, do Núcleo de apoio de Saúde da Família, para garantir a assistência integral da vítima (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

a. Atendimento inicial

O atendimento inicial objetiva estabelecer um vínculo de confiança entre o profissional de saúde e a mulher. As perguntas devem ser isentas de julgamentos, sem causar mais sofrimento à vítima. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015). O profissional não deve se ater apenas aos sinais físicos, mas também à sua história e sintomas relatados, que podem ser associados à violência contra a mulher, servindo de critério para suspeição de agressão (Quadro 1) (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2008). Quando existirem, deve-se suspeitar do problema e realizar uma vigilância atenta (identificação das vítimas e dos agressores) (BRASIL, 2011).

Quadro 1. Situações e/ou sintomas que podem associar-se à violência contra a mulher

Transtornos crônicos, vagos e repetitivos (como dores com localização imprecisa)
Entrada tardia no pré-natal
Companheiro muito controlador reage quando separado da mulher
Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada)
Dor pélvica crônica e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)
Síndrome do intestino irritável
Transtornos na sexualidade
Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição
Depressão e/ou Ansiedade
História de tentativa de suicídio
Lesões físicas que não se explicam de forma adequada

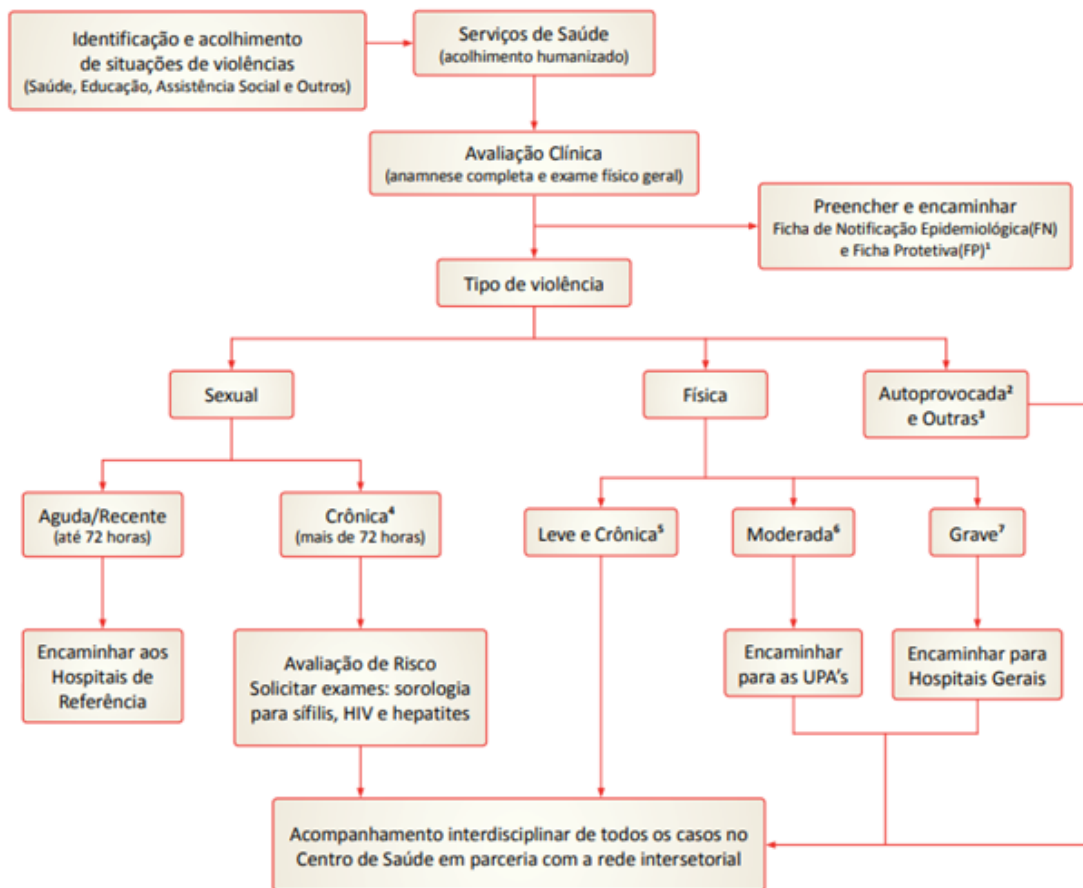
Fonte: SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2008.

b. Condução do atendimento em casos de violência

O profissional deve ter o cuidado de esclarecer à mulher sobre seus direitos e sobre a Rede de Apoio existente. É um direito da mulher ser informada sobre o Boletim de Ocorrência, sendo que a vítima pode ou não notificar o fato, devendo ter sua escolha respeitada (BRASIL, 2011). O serviço de saúde deve estabelecer um plano de atenção à vítima, com discussão do caso e preenchimento de um prontuário único e completo, deixando clara a questão do sigilo ético-profissional

(PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015). O fluxo de atendimento a seguir ilustra o protocolo básico do Sistema Único de Saúde (SUS) (Figura 1).

Figura 1. Fluxo de atendimento à pessoa em situação de violência no SUS



Legenda: 1. Fichas Protetivas (criança, adolescente e idoso) devem ser encaminhadas para os Conselhos Tutelar e do Idoso. **2.** Acolher, avaliar a gravidade e encaminhar ao serviço de Saúde Mental. **3.** Psicológica, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, negligência, intervenção legal e violências homofóbicas. **4.** Se necessário encaminhar para o serviço especializado de infectologia. **5.** Pequenas contusões, escoriações leves, que podem ser tratadas com os recursos do Centro de Saúde. **6.** Lesões que podem ser tratadas nas UPA's. **7.** Lesões que necessitam de tratamento hospitalar. **Fonte:** Adaptado de SECRETARIA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2015.

Os casos de abuso sexual, identificados como emergências, demandam condutas imediatas. Em até 72 horas após a ocorrência, há a necessidade de iniciar profilaxia para Hepatite B (Quadro 2), quimioprofilaxia para infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Quadro 3), além da proteção medicamentosa contra as ISTs não virais (Quadro 4) (BRASIL, 2005).

Para as vítimas do sexo feminino em idade reprodutiva, deve-se avaliar a contracepção de emergência: Levonorgestrel 0,75 mg (1 comprimido de 12 em 12 horas, duas doses, total de 2 comprimidos) (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

Quadro 2. Profilaxia para Hepatite B

Esquema vacinal completo	Não necessita de dose de reforço ou IGH HB
Esquema vacinal incompleto	01 dose única de IGH HB, 0,06 mL/Kg, dose única, idealmente nas primeiras 48h após a violência, podendo ser administrada até 14 dias após + 01 dose da vacina e completar o esquema (0, 1, 6 meses)

Legenda: IGH HB (imunoglobulina humana contra hepatite B). **Fonte:** Adaptado de SECRETARIA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2015.

Quadro 3. Profilaxia para o HIV

Faixa etária	Medicamento	Dose
Adultos e adolescentes maiores de 12 anos e/ou com mais de 40 kg	Zidovudina e Lamivudina (300/150 mg)	01 comprimido de 12/12 horas, VO, por 28 dias
	(Lopinavir + Ritonavir) (200/50 mg)	02 comprimidos de 12/12 horas, VO, por 28 dias

Legenda: VO (via oral). **Fonte:** Adaptado de SECRETARIA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2015.

Quadro 4. Medicamentos para profilaxia das doenças não virais

Doença	Tratamento em adultos e adolescentes com mais de 45kg
Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>)	Penicilina G Benzatina – 2,4 milhões UI, IM, em dose única (divida entre as duas nádegas)
Gonorreia (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Ceftriaxona 25 mg, IM, dose única
Cancro mole (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	Azitromicina 1 g, VO, dose única
Clamidiose (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	Azitromicina 1 g, VO, dose única
Tricomoniase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	Metronidazol 2 g, VO, dose única (Em gestantes, a partir de 12 semanas de gestação)

Legenda: IM (intramuscular); UI (unidades internacionais); VO (via oral). **Fonte:** Adaptado de SECRETARIA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2015.

Os casos devem ser discutidos com toda a equipe com o objetivo de organizar a vigilância e o atendimento compartilhado pela equipe multiprofissional. Nos casos crônicos, o acompanhamento deve ser longitudinal e integral. Os casos referenciados para o nível de atenção secundário (como hospitais) devem ser acompanhados pela ESF (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2008).

c. Notificação dos casos de violência

A violência foi incluída na lista das doenças e agravos de notificação compulsória em 2014 pela Portaria nº 1.271, tendo a violência sexual como notificação imediata, em até 24 horas. A notificação ocorre para casos suspeitos e confirmados, devendo ser preenchida por qualquer

profissional da saúde com curso superior, em duas vias. A ficha utiliza é de uso restrito aos Serviços de Saúde, não configurando como denúncia (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

d. Atendimento hospitalar

As mulheres vítimas de violência sexual devem ser encaminhadas para os hospitais de referência ao atendimento às vítimas de violência. Nesse primeiro atendimento, devem ser coletados exames laboratoriais (Quadro 5), que são enviados ao Instituto Médico Legal. A mulher é acompanhada por uma equipe multidisciplinar durante seis meses e, após esse período, é referenciada para acompanhamento no Centro de Saúde (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

Quadro 5. Exames na abordagem inicial e no acompanhamento dos casos de violência

<i>Admissão</i>	Coleta de material de conteúdo vaginal ou outros locais acometidos, VDRL, Anti-HIV, Hepatite B (HbsAg, Anti-HBc IgM), Hepatite C (Anti-HCV), TGO, TGP, Hemograma
<i>Duas semanas</i>	TGO, TGP e Hemograma
<i>Seis semanas</i>	VDRL, Anti-HIV e conteúdo vaginal, se necessário
<i>Três meses</i>	VDRL, Anti-HIV, Hepatite B, Hepatite C
<i>Seis meses</i>	Anti-HIV, Hepatite B, Hepatite C

Legenda: VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory* - teste não-treponêmico para Sífilis); Anti-HIV (anticorpo contra o Vírus da Imunodeficiência Humana); HBsAg (antígeno de superfície da Hepatite B); Anti-HBc (anticorpo contra o antígeno do *core* da Hepatite B); IgM (imunoglobulina da classe M); Anti-HCV (anticorpo contra o vírus da Hepatite C); TGO (transaminase glutâmico-oxalacética); TGP (transaminase glutâmico-pirúvica). **Fonte:** Adaptado de SECRETARIA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2015.

A vítima de estupro que engravidar dispõe-se de três possibilidades, que devem ser esclarecidas a ela para que tome a decisão: Aborto Legal (autorizado até a 20ª semana de gestação, pelo art. 128 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40), o Pré-Natal Acompanhado e a Adoção Legal (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2008).

Obstáculos no atendimento de mulheres vítimas de violência

Na abordagem da violência no sistema de saúde, a APS é valorizada, sendo pensada como um âmbito privilegiado na rota que as mulheres percorrem na busca de ajuda, visto que representa a porta de entrada do sistema de saúde. (D'OLIVEIRA *et al.*, 2020). Entretanto, alguns obstáculos impedem a plena realização dos protocolos já explicitados.

a. A violência contra a mulher como uma questão de saúde pública

Muitos profissionais dos serviços de saúde não consideram a violência como um problema de saúde pública (KISS & SCHRAIBER, 2011). A medicalização e a redução do sofrimento à patologia são demonstradas como barreiras a visibilidade da violência contra a mulher (CORDEIRO

et al., 2015). A dissociação entre violência contra a mulher e a saúde pública reflete no comportamento das mulheres, em que a APS não tem sido reconhecida por elas como espaço capaz de acolher essa demanda e como um ponto de ajuda (OSIS *et al.*, 2012).

b. Aspectos de gestão e organização de serviços

Ainda há uma difícil implantação da notificação compulsória da violência no cotidiano dos Centros de Saúde, com consequente subnotificação de casos (KIND *et al.*, 2013). Além disso, há uma ausência de formação na graduação e capacitação em serviço para atendimento às vítimas de violência, colaborando para uma inadequada abordagem dos casos (VIEIRA *et al.*, 2013).

c. Medo e falta de tempo

O medo da represália dos agressores é comum em falas de profissionais da saúde (KIND *et al.*, 2013; VIEIRA *et al.*, 2013). A falta de tempo, muito citada como obstáculo, está articulada à sobrecarga de trabalho, prioridades da atenção e à percepção de que a violência é um assunto cujo cuidado pode demandar muito tempo (KIND *et al.*, 2013; BRUM *et al.*, 2013).

Trabalho em equipe e rede intersetorial

Nota-se uma lacuna em como realizar o trabalho em equipe de forma integrada. A falta de clareza do papel de cada profissional causa muitos encaminhamentos, não estando claro o que cada profissão poderia fazer (KISS & SCHRAIBER, 2011). Em relação à rede de assistência intersetorial, nota-se que há uma insuficiência e um desconhecimento dos protocolos pelos profissionais de saúde (BRUM *et al.*, 2013; VIEIRA *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

A violência é uma pauta relevante no âmbito da saúde da mulher, tanto por sua prevalência, quanto pelos impactos negativos causados. A violência contra a mulher é composta por diferentes tipos de agressões, que podem ser provocadas por diversos agentes. Dessa forma, a abordagem das vítimas é complexa e deve ser individualizada, sendo imprescindível que as equipes de saúde conheçam os protocolos nacionais e locais e se qualifiquem para uma abordagem de qualidade, para conseguir auxiliar essas mulheres da melhor forma possível em um momento de extrema vulnerabilidade. O objetivo dos profissionais da assistência envolvidos deve ser garantir a segurança da vítima, bem como sua saúde e seu bem estar, além de reduzir os obstáculos do cotidiano que interferem na plena abordagem dos casos e, de forma alguma, empregar juízos de valor durante esse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 17 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília, 2011.
- BRUM, C. *et al.* Violência Doméstica e Crenças: Intervenção com Profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Psicologia em Pesquisa*, v. 7, p. 242, 2013.
- Ciclo da violência - Instituto Maria da Penha. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>. Acesso em: 18 out. 2020.
- CONCEIÇÃO, M.I.G. *et al.* Abuso sexual infantil masculino: sintomas, notificação e denúncia no restabelecimento da proteção. *Psicologia Clínica*, v. 32, p. 101, 2020.
- CORDEIRO, K. *et al.* Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 29, p. 209, 2015.
- CORREIA, C.M. *et al.* Sinais de risco para o suicídio em mulher com história de violência doméstica. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, v. 14, p. 219, 2018.
- D'OLIVEIRA, A. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. 1, 2020.
- FADIGAS, A.B.M. Violência contra a mulher: a importância do exercício da cidadania no combate ao crime silencioso. *Revista Ártemis. João Pessoa*, v. 4, p. 1, 2006.
- FONSECA, M.F.S. *et al.* O feminicídio como uma manifestação das relações de poder entre os gêneros. *JURIS, Rio Grande*, v. 28, p. 49, 2018.
- GAGE, A.; THOMAS, N. Women's Work, Gender Roles, and Intimate Partner Violence in Nigeria. *Archives of Sexual Behavior*, v. 46, n. 7, p. 1923, 2017.
- GARCÍA-MORENO, C.; STÖCKL, H. Protection of sexual and reproductive health rights: Addressing violence against women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 106, n. 2, p. 144, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC): Perfil dos Municípios Brasileiros. Rio de Janeiro, 2019.
- JOHNSON, W.L. *et al.* Intimate partner violence and depressive symptoms during adolescence and young adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 55, p. 34, 2014.
- KIND, L. *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 1805, 2013.
- KISS, L. & SCHRAIBER, L. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1943, 2011.
- KWARAMBA, T. *et al.* Lifetime prevalence of intimate partner violence against women in an urban Brazilian city: A cross-sectional survey. *PLOS ONE*, v. 14, e0224204, 2019.
- MACMILLAN, R. & GARTNER, R. When she brings home the bacon: labor-force participation and the risk of spousal violence against women. *Journal of Marriage and Family*, v. 61, p. 947, 1999.
- O'CAMPO, P. *et al.* Depression, PTSD, and comorbidity related to intimate partner violence in civilian and military women. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, v. 6, p. 99, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Violence against women, 2017. Página inicial. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. Acesso em: 18 out. 2020.

OSIS, M. *et al.* Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, p. 351, 2012.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Guia de atendimento às mulheres em situação de violência. Belo Horizonte, 2015.

SCHRAIBER, L. *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, p. 470, 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília. 2008.

VIEIRA, E. *et al.* The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 681, 2013

19

PAPILOMAVÍRUS HUMANO: MECANISMOS DE EVASÃO IMUNE, CÂNCER CERVICAL E O DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS VACINAIS

FILIAÇÃO

¹ Estudante de graduação em biomedicina, Universidade Potiguar-UnP, Mossoró, RN.

² Estudante de graduação em enfermagem, Universidade Potiguar-UnP, Mossoró, RN.

³ Docente de graduação na escola de saúde, Universidade Potiguar-UnP, Mossoró, RN.

AUTORES

BRUNA JÉSSICA DANTAS DE LUCENA¹

SARAH VITÓRIA GOMES DE SOUZA¹

SARANA DE FÁTIMA FERNANDES DOS SANTOS¹

IAGO MATHEUS BEZERRA PEDROSA²

KELLYSON LOPES DA SILVA MACÊDO³

Palavras-chave: HPV; Câncer; Papanicolaou.

INTRODUÇÃO

O HPV (papilomavírus humano) é um dos vírus mais comuns em doenças sexualmente transmissíveis e recentes estudos epidemiológicos apresentam sua incidência global em 11,7%. Possui características oncogênicas, sendo responsável por lesões malignas relacionadas a carcinomas vulvares ou vaginais, anais, cervicais e penianos. A sua ocorrência em todo o mundo está elevando-se cada vez mais, principalmente em jovens sexualmente ativos motivo por cerca de 7-8% dos casos malignos. Hodiernamente, já foram classificados aproximadamente 200 tipos de HPV, onde cerca de 40 provocam infecções anogenitais, podendo ser encontrados no sistema genital feminino. As infecções podem acometer homens e mulheres, tornando o HPV um tópico importante a ser discutido no âmbito da saúde da mulher (SARIER *et al.*, 2020).

O câncer cervical invasivo (ICC) é classificado como o terceiro mais comum mundialmente entre as mulheres. Uma porcentagem das infecções provocadas pelo HPV não resulta em um quadro maligno, mas a persistência viral em associação com o genótipo do vírus pode influenciar o desenvolvimento para um câncer cervical. Aproximadamente 70% dos casos de ICC está relacionada a presença dos HPVs 16 e 18 com elevado grau de lesão. O papilomavírus humano pode ser classificado a partir da sua base de sequência genômica, de forma que seus números representam genótipos, além de ser dividido em baixo risco (LR-HPV) e alto grau (HSIL). Os HPVs mais importantes, de alto risco e que possuem potencial oncogênico são respectivamente “16, 18, 26, 31, 35, 39, 45, 48, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73 e 82”, enquanto que os que provocam lesões de baixo grau/benignas são “6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 e 81”. Um estudo recentemente realizado com amostras citológicas de 665 mulheres apresentou a presença citopatológica de HSIL

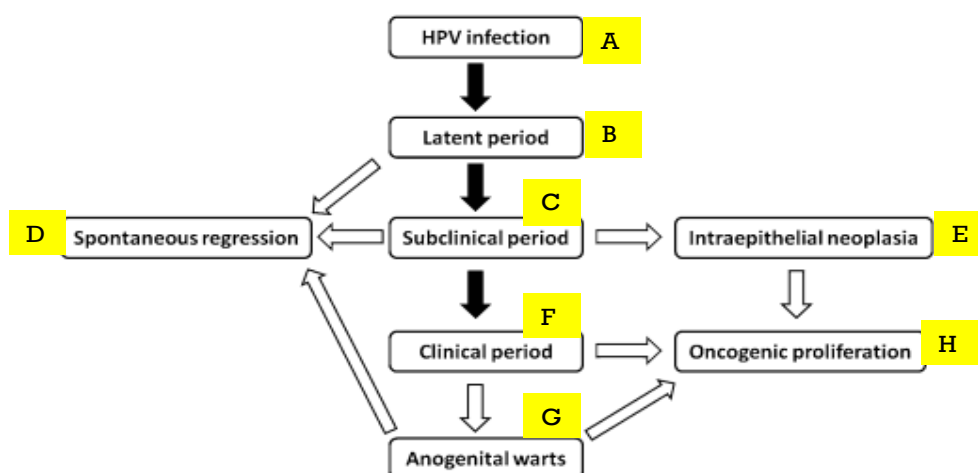
em 6,5% das mulheres testadas em citologia de base líquida (SARIER *et al.*, 2020; MARTINS *et al.*, 2016).

O sistema imunológico executa uma importante função na regressão das lesões causadas pelo vírus HPV, entretanto, pacientes com o sistema imune em déficit ou suprimido apresentam maiores chances de lesões mais graves. A progressão clínica da infecção por papilomavírus humano é dividida em um período latente, subclínico e clínico. Inicialmente em seu período latente, a patologia não demonstra características citológicas ou morfológicas, mas permanece assintomática, podendo ser diagnosticada com o teste da reação em cadeia da polimerase (ou PCR) (SARIER *et al.*, 2020).

No estágio subclínico, é possível visualizar alterações ou lesões ligadas a atuação do vírus HPV, sendo identificadas em exames citológicos com chances de progredir para a neoplasia intraepitelial. Na fase clínica, apresentam-se lesões visíveis em conjunto com sintomas, podendo ser diagnosticado como câncer em estágio invasivo. Estimativas sugerem que apenas uma pequena parcela das mulheres atinge o estágio clínico, apresentando o câncer invasivo. Contudo, a infecção ativa é modificável e submete-se ao tipo viral, local da lesão, situação imunológica e nível da infecção no epitélio (SARIER *et al.*, 2020).

Resumidamente, após a infecção por HPV inicia-se o período latente, que pode sofrer regressão de forma espontânea ou progredir para um quadro subclínico (Figura 1), onde o paciente já demonstrará aspectos citológicos ou morfológicos. Nesse estágio podem ocorrer duas situações, a primeira é a evolução para uma regressão espontânea e a segunda uma progressão para a neoplasia intraepitelial, capaz de gerar uma oncogênese proliferativa, resultando no quadro clínico do paciente e, conseqüentemente, poderão surgir verrugas genitais, que podem ter um retrocesso espontâneo ou também resultar em um caso de carcinogênese (SARIER *et al.*, 2020).

Figura 1. Esquema apresentando os estágios da infecção por HPV, assim como seus possíveis efeitos



Legenda: A: Infecção por HPV; B: Período latente; C: Período subclínico; D: Regressão espontânea; E: Neoplasia intraepitelial; F: Período clínico; G: Verrugas genitais. H: Proliferação oncogênica (câncer). **Fonte:** SARIER *et al.*, 2020.

A transmissão do HPV ocorre principalmente por via sexual, entretanto, por ser um vírus altamente contagioso, o contágio também pode decorrer através da via direta ou indireta por meio de lesões cutâneas, superfícies contaminadas ou canal do parto. O diagnóstico pode ser realizado mediante exames citológicos e histopatológicos pela análise do material coletado no microscópio. O esfregaço, comumente conhecido como teste de Papanicolaou (PAP-TEST), investiga as alterações celulares e possíveis transformações malignas. Atualmente, o teste cervicovaginal é o mais utilizado por seu baixo custo e fácil acessibilidade. Os exames moleculares são realizados por meio da PCR, por intermédio da detecção de DNA-HPV de forma menos invasiva, contudo, com custo mais elevado (SARIER *et al.*, 2020).

Segundo estatísticas na Organização Mundial da Saúde, uma das principais causas de óbitos no mundo é proveniente dos cânceres, tornando o câncer um alvo prioritário na saúde pública, cerca de 85% dos quadros de câncer diagnosticado em mulheres é cervical, sendo que 90% dos casos são provocados pelo HPV, embora existam métodos de diagnóstico e rastreamento eficazes o câncer de colo do útero continua provocando um grande problema na saúde da mulher (AIMAGAMBETOVA & AZIZAN, 2018). Contudo, embora existam medidas profiláticas, no caso a vacinação, o rastreamento primário de infecções por HPV deve ser realizado anualmente pelas mulheres, essa ação diminui a incidência de casos em 36% e a mortalidade em 40%, pois algumas mulheres não são vacinadas e essa medida profilática não é garantia de proteção contra todos os tipos de carcinogênese. Dessa forma, existe a necessidade do aperfeiçoamento do diagnóstico e rastreamento primário do papilomavírus humano, educando cada geração de mulheres a sempre buscar a prevenção (TJALMA, 2018).

O objetivo da presente revisão integrativa é apresentar o papel do HPV no desenvolvimento do câncer cervical em mulheres, assim como relatar a importância das medidas profiláticas, além de destacar o fundamental papel dos exames como medida preventiva. Ademais, a revisão também busca discutir sobre o desenvolvimento das vacinas terapêuticas contra o HPV e a importância do aprimoramento dos estudos recentes acerca da temática.

MÉTODOS

A presente revisão integrativa foi realizada com a coleta de materiais em artigos, revistas e capítulos de livros disponíveis nas bases de dados SciELO, ScienceDirect, PubMed e BVSsalud, utilizando os descritores HPV; câncer; e Papanicolaou. A busca foi feita aplicando os operadores booleanos AND e OR. Para facilitar a seleção, foi utilizado o filtro de publicações escritas nos últimos cinco anos, os resultados foram respectivamente para o descritor HPV 14.000 (PubMed), 280 (SciELO), 15. 235 (ScienceDirect) e 4.606 (BVSsalud). Para o descritor câncer foi utilizado o operador booleano AND em conjunto com HPV e os resultados foram 11.187 (PubMed), 165 (SciELO), 11. 468 (ScienceDirect) e 10. 501 (BVSsalud). Por último, o descritor papanicolaou foi associado ao operador OR e os resultados obtidos foram 15. 520 (PubMed), 355 (SciELO), 3. 215 (ScienceDirect) e 16. 591 (BVSsalud). Os resultados foram analisados e selecionados de acordo com sua afinidade com a temática. Sendo prioridade os estudos direcionados para epidemiologia do HPV, desenvolvimento de câncer, evasão imune, prevenção e desenvolvimento de medidas vacinais terapêuticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Papilomavírus humano e a invasão celular

Os papilomavírus ou PVs, são vírus que infectam alguns mamíferos e outros animais, apresentando preferência por tecidos epiteliais. Pertencem a uma grande família viral com material genético do tipo DNA de fita dupla além de, não possuírem envelope. Apesar da classificação de mais de 200 tipos de PVs os seus meios de infecção são altamente semelhantes, baseando-se na presença de duas proteínas no capsídeo, nomeadas como a proteína do capsídeo menor (L2) e proteína do capsídeo principal (L1), ambas auxiliando a internalização viral dentro das células. O vírus precisa obrigatoriamente entrar em uma célula e lançar seu material genético no núcleo celular e normalmente os PVs infectam as células basais ou germinativas do epitélio, de forma que o processo de diferenciação das células favorece a replicação dos vírions. O papilomavírus humano consiste em uma subdivisão com o potencial de provocar lesões no epitélio cervical, de forma que essas lesões podem evoluir para um quadro oncogênico como o cervical, anal, de cabeça e pescoço, dependendo do genótipo viral. Comumente, os HPV de alto poder oncogênico possuem preferência por infectar principalmente células basais, onde a entrada intracelular é realizada por meio das proteínas L1 e L2 (ZHAO *et al.*, 2019; AKSOY *et al.*, 2018).

O DNA viral pode ser dividido em três localidades: a primeira é chamada de região inicial ou E, onde se apresentam os genes E1 ao E7, responsáveis pela reprodução viral. A região tardia ou L é a segunda localidade do genoma viral, onde principalmente se codificam as proteínas L1 e L2 (Tabela 1). Por último, a terceira região também chamada de região não codificante (NCR) ou local de controle (LCR), onde apesar de não ser codificante a mesma apresenta componentes de regulação do DNA, relacionados a transcrição e replicação, abrangendo o início ou origem de replicação (ARALDI *et al.*, 2018).

Tabela 1. Proteínas do capsídeo viral e suas respectivas funções

Proteínas	Função
L1	Essencial para a infecção viral, visto que é ela quem gera a junção do vírion aos receptores de sulfato de heparina da membrana basal ou germinativa (ARALDI <i>et al.</i> , 2018).
L2	Auxilia o envelopamento do DNA, trabalhando diretamente na montagem viral (ARALDI <i>et al.</i> , 2018).

Fonte: ARALDI *et al.*, 2018.

Após o contágio, o genoma viral é transferido para o núcleo e armazenado como material genético episossomal, sendo utilizado de forma abrangente na fase produtiva do vírus uma vez que o HPV apresenta duas fases distintas. A primeira fase trata-se do estágio não produtivo, onde o DNA viral é replicado em cerca de 50-100 cópias no núcleo das células, tendo uma expressão mínima do gene viral, facilitando o processo de diferenciação e iniciando a fase produtiva do HPV. Na fase produtiva o HPV aumenta a replicação do DNA e expressão gênica. Utilizando os mecanismos da célula hospedeira para a replicação do próprio material genético viral, o HPV expressa proteínas importantes para desempenhar essa amplificação uma vez que esse mecanismo é suprimido em

células diferenciadas. É importante ressaltar que a interação das proteínas E6 e E7 substitui os sítios de verificação celular, favorecendo a replicação intracelular do HPV (ZHAO *et al.*, 2019; AKSOY *et al.*, 2018).

O envolvimento do material genético viral na célula-alvo paralisa a ação da proteína E2 responsável pelo controle ou inibição das proteínas E6 e E7, essa paralisação resulta na expressão descontrolada dessas proteínas oncogênicas. Trabalhando em conjunto essas proteínas imortalizam células, suprimindo a capacidade de mitose além de, provocarem a disfunção dos pontos de verificação celular, favorecendo a mutagênese. Entretanto, além das proteínas E6 e E7, o vírus HPV também expressa a proteína E5 (Tabela 2) que favorece o crescimento celular e impede vias de sinais transducionais (WANG *et al.*, 2018).

Tabela 2. Tabela apresentando as principais proteínas envolvidas no processo de replicação e infecção viral

Proteínas	Ação intracelular
Helicase E1	A proteína helicase E1 tem como principal função facilitar o acesso ao material genético viral, no caso o DNA para a amplificação (ZHAO <i>et al.</i> , 2019).
Proteína E1	Após alguns processos, a proteína E1 é programada para atrair a DNA polimerase, a proteína de replicação A e a topoisomerase I, favorecendo a replicação dos vírions, além de realizar cortes no DNA hospedeiro, auxiliando a conjugação do material genético viral (ARALDI <i>et al.</i> , 2018).
Proteína E4	A proteína E4 liga-se a queratina interligada as fibras amiloides, gerando uma fragilidade nas células afetadas e auxiliam a entrada intracelular do vírions (ARALDI <i>et al.</i> , 2018).
Oncoproteína E5	É uma proteína responsável pelo controle da homeostase de íons, controla o fluxo de vesículas, assim como atua durante a replicação dos vírions e introdução do DNA viral (WANG <i>et al.</i> , 2018).
Oncoproteínas E6 e E7	As proteínas E6 e E7 trabalham em conjunto para auxiliar a diferenciação celular. De forma específica, a proteína E6 atua formando o complexo em conjunto com a proteína de tumor p53, além de originar enzimas, tudo com o objetivo principal de evitar a morte celular. Contudo, a proteína E7 possui a função de romper a ligação da pRb (ZHAO <i>et al.</i> , 2019).

Fonte: ZHAO *et al.*, 2019., ARALDI *et al.*, 2018., WANG *et al.*, 2018.

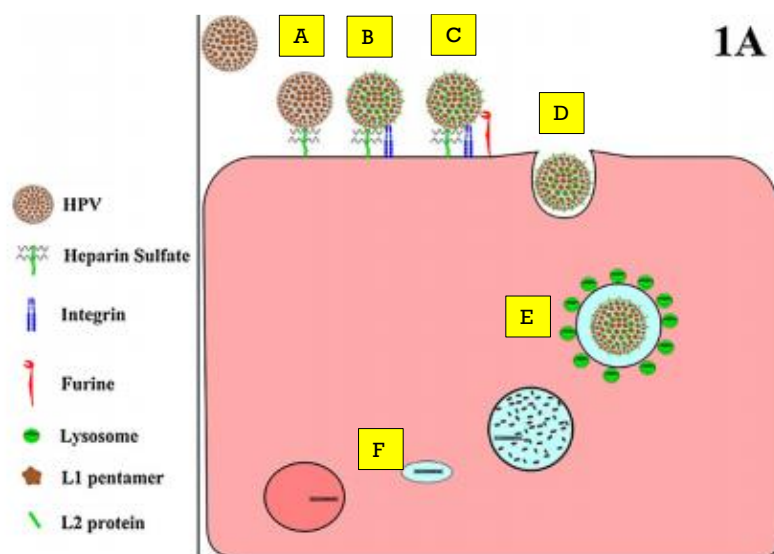
A proteína E7 realiza a multiplicação celular por distintas vias assim como, evita a apoptose celular. A atuação das proteínas oncogênicas pertencentes ao HPV dificulta os reparos genômicos e eleva a ação mitogênica, conseqüentemente, a célula entra num estado de fragilidade genômica. O HPV utiliza-se das regiões mais vulneráveis do DNA hospedeiro para se integrar ao material genético, prejudicando a expressão gênica e padrões de metilação, esses danos ocorrem principalmente nos primeiros estágios ou no início das lesões pré-malignas (ARALDI *et al.*, 2018).

O vírus é internalizado através de uma via endocítica. Após a internalização viral através das vesículas e com o auxílio da clatrina e caveolina (Figura 2), os lisossomos ligam-se a elas dando a origem aos fagolisossomos, após a diminuição do pH dentro da vesícula ocorre a quebra do capsídeo, deixando o genoma viral livre. Durante a amplificação, as proteínas iniciais dos vírions atuam sobre a célula infectada, facilitando a conjugação na fase S com o objetivo de utilizar a maquinaria celular. Entretanto, o estresse celular ocasiona uma desregularidade cromossômica

aumentando o risco e probabilidade do início de uma oncogênese (AKSOY *et al.*, 2019; ARALDI *et al.*, 2018).

Para a replicação do material genético viral através da célula hospedeira, é necessário que o mesmo percorra a membrana plasmática até o núcleo celular. Os estudos realizados para a análise do tráfego intracelular do vírus revelaram que o HPV-16 durante a infecção movimenta-se pelos endossomos iniciais, endossomos tardios, lisossomos tardios e, por fim, chega ao núcleo. A ligação inicial do HPV é gerada por meio da L1 em conjunto com proteoglicanos (HSPG), estimulando mudanças em ambas as proteínas e facilitando a infecção (AKSOY *et al.*, 2019; ARALDI *et al.*, 2018).

Figura 2. Esquema representativo da ligação viral a célula-alvo basal



Legenda: A: Ligação do vírion a célula basal, a infecção acontece através de microlesões. A presença da proteína sulfato de heparina, garante a ligação do HPV. B: Ligação viral a integrina da célula-alvo. C: Furina auxilia a ligação da L2. D: O HPV é internalizado por meio da endocitose com o auxílio da clatrina e caveolina. E: Vesículas com partículas do vírus sofrem a ação dos lisossomos que, com a diminuição do pH, libera o genoma viral. F: O HPV apresenta seus genes no núcleo celular e gera a conjugação do material genético na fase S. **Fonte:** ARALDI *et al.*, 2018.

HPV e o desenvolvimento de cânceres

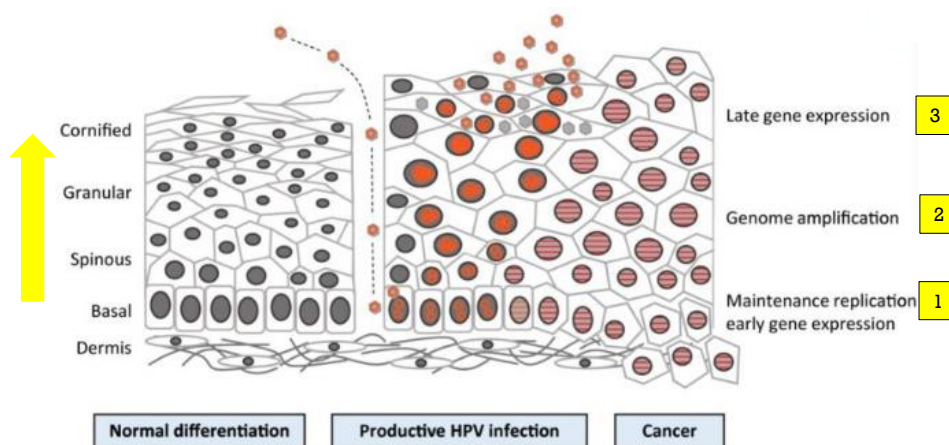
Segundo um relatório realizado em cinco continentes, apresentou-se a prevalência do HPV-16 e HPV-18 em diversas regiões, contudo, no Brasil a prevalência é do HPV-16, seguido do HPV-31 e 33. A alta carga viral pode elevar a incidência de malignidade, estando associada ao risco de displasia e carcinoma (LONG *et al.*, 2018).

A região do colo uterino é um canal com dois orifícios, o interno superior que leva até o útero, e o segundo que se trata do orifício externo inferior que chega à região vaginal. O tecido cervical é classificado como epitélio colunar simples, sendo caracterizado pela presença de células alongadas, enquanto que no canal vaginal é encontrado o epitélio escamoso estratificado não queratinizado. A junção escamocolunar (JEC) é o local onde ocorre o encontro da endocérvice e exocérvice, conhecida como a área mais propensa a infecção pelo HPV. O carcinoma é o tipo de câncer mais frequente, caracterizado por ser assintomático em suas fases iniciais, ocorrendo devido à malignidade em células escamosas, em contraste o adenocarcinoma atinge células glandulares presentes na endocérvice. A evolução da oncogênese cervical dependerá de eventos relacionados ao

ciclo de vida viral, uma vez que de acordo com a diferenciação celular os genes são expressos garantindo a replicação genômica (WANG *et al.*, 2018).

Ao atingir a camada mais superficial do tecido, o material genético já sintetizado é revestido e dá origem a vírions, rompendo a célula e dando continuidade ao ciclo de vida viral (Figura 3). Outro fator decorrente na infecção pelo HPV em células escamosas é a formação dos coilócitos, caracterizadas por possuírem um núcleo maior, com coloração escura e com delimitação desigual, achados citológicos sugerem displasia celular menor, indicando um alto nível de replicação viral. O aumento da presença da interleucina 10 e o fator de crescimento transformador-B1 pode encorajar a persistência viral e conseqüentemente originar um câncer cervical. O diagnóstico da patologia e a melhor forma de tratamento são fundamentadas de acordo com o estágio do câncer (WANG *et al.*, 2018).

Figura 3. Imagem representando ciclo de vida do HPV e desenvolvimento cancerígeno



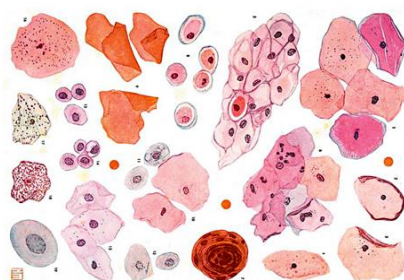
Legenda: 1: Expressão gênica primária. 2: amplificação do genoma viral dentro da célula hospedeira. 3: expressão gênica tardia **Fonte:** WANG *et al.*, 2018.

O desenvolvimento do câncer é resultado da elevação na plasticidade celular, dando origem ao crescimento clonal de células mutagênicas. O HPV desregula a função da proteína p53 que geralmente é ativada em respostas a danos no material genético. Apenas a instabilidade do DNA não é suficiente para o desenvolvimento de uma oncogênese, é necessário que as células também tenham mudanças em seu metabolismo. As oncoproteínas do HPV não somente aumentam o risco do desenvolvimento de cânceres como também participam do início da oncogênese e sua progressão. As alterações celulares provocadas pelo HPV podem gerar o processo de reprogramação celular nomeado de EMT ou transição epitelial mesenquimal, resultado da presença em excesso de clones de células. Comumente as células do epitélio possuem adesão intercelular e possuem suas funções normalizadas, enquanto que as células mesenquimais não possuem relação de adesão celular, além de serem morfológicamente assimétricas e fusiformes, ou seja, são células com centro mais espesso e extremidades mais estreitas. Este processo mal executado pode prejudicar o epitélio e função homeostática, favorecendo o desenvolvimento de câncer. A EMT pode ser suscetível a diversos estímulos, incluindo por vírus como o HPV (ARALDI *et al.*, 2018).

Diagnóstico e prevenção

Atualmente a citologia e histologia são as áreas mais utilizadas para diagnóstico do câncer de colo do útero ou identificação precoce de células em processos mutagênicos. O exame de Papanicolau ou exame preventivo, é o teste mais executado e que apresenta uma facilidade na avaliação do colo uterino, assim como a presença de células infectadas. O teste de esfregaço foi desenvolvido pelo Dr. George Nicholas Papanicolaou, permitindo o diagnóstico e a prevenção do câncer cervical. Resumidamente, o exame é baseado na visualização e distinção de células anormais ou malignas que apresentam uma estrutura nuclear e citoplasmática assustadoramente alterada em comparação com células normais. A morfologia normal das células epiteliais cervicais é caracterizada pela presença do núcleo com formato arredondado ou oval, com citoplasma límpido (Figura 4), enquanto que as células malignas apresentam-se morfologicamente deformadas e irregulares, sendo comumente maiores, com presença de lóbulos e micronúcleos (SMITH *et al.*, 2019).

Figura 4. Imagem representativa das distintas morfologias normais de células cervicais

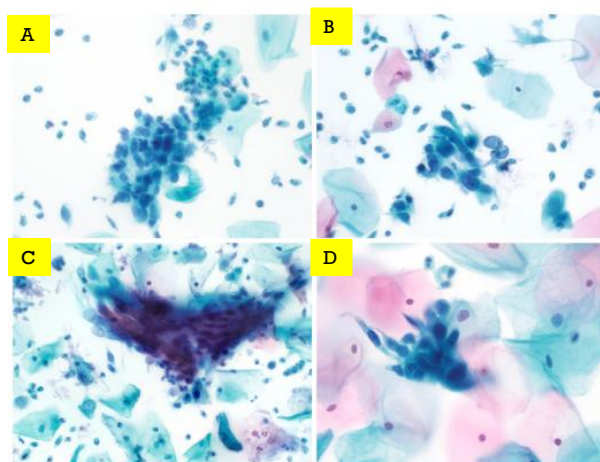


Legenda: Células epiteliais cervicais normais presentes em esfregaços vaginais e cervicais. **Fonte:** CHANTZIANTONIOU *et al.*, 2019.

A visualização de alterações nucleares e deformidades em células cervicais indicam características de células cancerosas (Figura 5). Outro achado comum em lâminas de esfregaço Papanicolau com células malignas é a aneuploidia, que consiste em um número desregulado de cromossomos. O rastreio do HPV por meio do Papanicolau ou por meio do DNA viral são os meios mais comuns de prevenção e diagnóstico (SMITH *et al.*, 2019). Além dos meios de análises citológicas e histológicas, na rotina laboratorial os exames imuno-histoquímicos também desempenham um fundamental papel no diagnóstico de anormalidades celulares, auxiliando até mesmo na distinção da origem local da oncogênese (SUN *et al.*, 2019).

Para a realização do procedimento, primeiramente é necessário efetuar a coleta do material, comumente realizada por um médico, enfermeiro ou biomédico. É introduzido na vagina o espéculo que permitirá a visualização do colo uterino e óstio externo, em seguida deve-se executar a retirada do muco para que os materiais de coleta entrem em contato direto com o epitélio, a coleta deve ser realizada utilizando a espátula de Ayres para a coleta de células constituintes da ectocérvice e uma escova endocervical para a coleta da região escamocolunar. O material coletado deve ser imediatamente repassado para a lâmina convencional e ser fixada, assim como transportadas para o analista em um recipiente adequado e fechado (KITCHEN *et al.*, 2020; SWAILES *et al.*, 2019).

Figura 5. Fotografia de lâmina citológica apresentando mudanças morfológicas em células cervicais malignas



Legenda: A e B: Células cervicais malignas, morfolologicamente compridas e com núcleos hiper cromáticos, assim como apresentam-se maiores, ovais e com projeções, possivelmente indicando um adenocarcinoma. C: Células distendidas e com núcleo alterado, apresentando projeções teiduais. Fortalecendo o diagnóstico de HSIL em células glandulares. D: Conjunto de células hiper cromáticas com citoplasma distendido, mostrando o diagnóstico de HSIL em células glandulares. **Fonte:** JONES *et al.*, 2020.

A prevenção do HPV pode ser executada na atenção primária através da vacinação e de forma secundária por meio do exame preventivo de papanicolaou para o diagnóstico precoce do câncer de útero, uma vez que descoberto em estágios iniciais e assintomática a patologia pode ser tratável. Por isso, as mulheres devem ser incentivadas a realizarem o teste em um intervalo regular, inicialmente uma vez ao ano. Essa ação necessita da conscientização das mulheres, onde mesmo com a vacinação efetuada o exame deve ser realizado, uma vez que a mesma não garante proteção contra todos os tipos de HPV (BASU *et al.*, 2018). Os achados morfológicos nas células cervicais de lesão caracterizada como HSIL e LSIL podem ser observadas em células superficiais, intermediárias e basais. Comumente as lesões de baixo grau ou LSIL (Tabela 3) atingem principalmente células superficiais e intermediárias, enquanto as lesões HSIL prejudicam as células parabasais e basais presentes na camada mais profunda do epitélio (SCHMIDT, 2019; GUPTA *et al.*, 2019).

Tabela 2. Tabela apresentando os principais achados morfológicos nas células afetadas por lesões LSIL e HSIL

Lesão	Morfologia celular
LSIL	As alterações citoplasmáticas provocadas pela ação do HPV durante a lesão LSIL normalmente são constatadas pela presença de coilocitose (coilócito), variação de tamanho, forma e alterações na coloração. Enquanto as alterações nucleares podem expressar uma modesta cariomegalia, hiper cromasia, aumento do tamanho nuclear em comparação com a relação núcleo/citoplasma. Além da possível presença de multinucleação (SCHMIDT, 2019., GUPTA <i>et al.</i> , 2019).
HSIL	As lesões HSIL podem expressar cariomegalia, elevada variação com relação ao tamanho, forma e coloração. Em estágios mais avançados observa-se a presença de células indiferenciadas com pouco ou moderada quantidade de citoplasma, cromatina densa e irregular, sendo comum a visualização de agrupamentos celulares ou em fila indiana. Células com grandes núcleos hiper cromáticos, sem um padrão específico para a morfologia (SCHMIDT, 2019; GUPTA <i>et al.</i> , 2019).

Fonte: SCHMIDT, 2019., GUPTA *et al.*, 2019.

Desenvolvimento de vacinas profiláticas e terapêuticas

No mundo atual, diversos fatores podem influenciar o processo de vacinação das mulheres de forma preventiva contra sete tipos de HPV. Um desses fatores é baseado na regionalidade, uma vez que estudos recentes observaram divergências nos genótipos virais de acordo com a influência geográfica. De acordo com os pesquisadores, determinados genótipos do vírus HPV pode ser mais prevalente em áreas específicas. Estas conclusões provocam uma grande preocupação, uma vez que a vacina HPV protege contra apenas alguns tipos mais comuns de genótipos, enquanto outros, também de risco, permanecem sem medida preventiva. Entretanto, outros fatores podem influenciar as medidas preventivas de vacinação, como a acessibilidade a estes cuidados, reforçando a necessidade de aperfeiçoar os métodos de alcance vacinal e de medidas profiláticas, como o uso do preservativo. Contudo, a vacinação é essencial como proteção contra o HPV, principalmente o HPV-16 e 18 (MORIARTY, 2019; SANKARANARRAYANAN *et al.*, 2018).

Existem três tipos de vacinas aprovadas na maioria dos países, a vacina quadrivalente, que atua contra o HPV-6, 11, 16 e 18, a bivalente que protege contra especificadamente o HPV-16 e 18 e nonavalente que previne contra os HPVs 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58. No Brasil, as vacinas são fornecidas para pré-adolescentes, adolescentes, mulheres e homens em suas respectivas idades. Contudo, com as medidas vacinais cada vez mais fortes, torna-se essencial realizar a monitoração ou acompanhamento da prevalência genotípica do HPV, pois a disseminação dos gêneros de HPV é diferente em todo o globo (FISCHER *et al.*, 2016).

É válido ressaltar que as vacinas apresentam efetividade acima de 90%, especialmente em pacientes virgens. No entanto, mesmo as pacientes devidamente vacinadas devem submeter-se ao exame de prevenção anualmente, principalmente em casos de vida sexual ativa, em virtude de as vacinas à disposição não fornecerem proteção contra todos os tipos de HPVs, estes genótipos não englobados nas vacinas continuam a provocar infecções em pacientes imunizados, podendo resultar no desenvolvimento do câncer cervical (LUCKETT & FELDMAN, 2016).

Atualmente, existe uma grande necessidade do desenvolvimento de vacinas terapêuticas para o tratamento de infecções associadas ao HPV, assim como para a prevenção do desenvolvimento de cânceres, incluindo o câncer cervical. As vacinas terapêuticas para o HPV são altamente estudadas devido a alguns fatores, como segurança, simplicidade de elaboração e sua aptidão de induzir imunidade específica contra o invasor. As vacinas preventivas apresentam eficácia em evitar que o indivíduo contraia infecções por HPV, contudo elas não combatem as infecções previamente definidas, expondo os pacientes já contaminados e não vacinados a infecções pelo HPV e provavelmente à evolução de quadros com lesões malignas (CHENG *et al.*, 2018).

A vacina preventiva do HPV tem como objetivo principal prevenir infecções pelo papilomavirus humano através da imunidade humoral. O desenvolvimento dessas vacinas é baseado no transporte de partículas virais (VLPs) que atuam codificando as proteínas do capsídeo viral L1 ou L2, após esse processo as células B ativas (T-helper 2) iniciam a produção de anticorpos que atuam como neutralizantes da infecção pelo HPV. Entretanto, as vacinas terapêuticas originam a imunização por meio de células apresentadoras de antígenos profissionais ou APCs, um exemplo são as células dendríticas que atuam no complexo de histocompatibilidade (MHC), ativando as células T CD4+ que podem diferenciar-se em TH células aumentando a presença de linfócitos T citotóxicos que intercedem a morte de antígenos presentes de forma precoce nas células tumorais (CHENG *et al.*, 2018).

Os projetos de vacinas terapêuticas atuais abrangem vacinas com base em peptídeos ou proteínas, células, ácidos nucleicos e vetores vivos. Os esforços científicos atualmente estão voltados para medidas que elevem a potência das vacinas terapêuticas. Alguns desses métodos é estruturado no aumento de captação de antígenos pelas células dendríticas, aperfeiçoamento do processamento e apresentação de antígenos, além de investir no melhoramento das interações das células dendríticas e células-T. Para que ocorra a melhor absorção de antígenos do HPV pelas células dendríticas é necessário que as células infectadas realizem a transfecção para as células dendríticas ou que o processo aconteça de forma direta por meio dos plasmídeos (CHENG *et al.*, 2018).

Outros estudos, focados no desenvolvimento de vacinas terapêuticas, favorecem o uso de proteínas virais como possíveis alvos. O genoma do HPV expressa as proteínas precoces E1, E2, E4, E5, E6, E7 e E8, além de proteínas como L1 e L2, que desempenham o fundamental papel de codificar proteínas utilizadas na infecção primária da camada germinativa. Após invadir a célula, as proteínas E1 e E2 estimulam a replicação viral, transformando-as em importantes alvos vacinais, uma vez que impediria a fase inicial da patogenia. Outros possíveis alvos são as proteínas E6 e E7 que controlam o ciclo celular da célula infectada, assumindo a liderança na evolução do quadro para a oncogênese. De forma individual, a proteína E7 neutraliza a região do gene retinoblastoma (pRb), originando uma replicação descontrolada, enquanto que a proteína E6 realiza a degradação da proteína p53, impedindo que a mesma induza a apoptose (HANCOCK *et al.*, 2018).

Dessa forma, a atuação das proteínas E6 e E7 origina o perfil maligno das células e a replicação descontrolada. Ambas são constantemente visualizadas em lesões pré-malignas e invasivas, no entanto são ausentes em células não infectadas ou saudáveis. Esta característica favorece a visão das mesmas como alvos para medidas imunoterápicas. Entretanto, outros vetores podem ser utilizados no desenvolvimento das vacinas terapêuticas, como vetores bacterianos, virais, peptídeos, proteínas, ácido nucleico, RNA e em células inteiras ou tumorais. Acredita-se que essas vacinas se tornem amplamente disponíveis para a clínica em um futuro próximo, ao passo que a ciência evolua cada vez mais (HANCOCK *et al.*, 2018; YANG *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Em conclusão, observa-se que o HPV apresenta um grande impacto na saúde pública, uma vez que o mesmo é capaz de provocar lesões oncogênicas malignas. Dessa forma, a vacinação é algo essencial para a proteção contra o vírus, sendo fundamental a realização do monitoramento da prevalência genotípica deste, já que a distribuição dos gêneros do HPV é diferente em todo o mundo.

Os estudos atuais estão concentrados em elevar a potência das vacinas terapêuticas através de alguns métodos já mencionados na presente revisão. Com o grande englobamento e eficácia das vacinas profiláticas administradas em diversos países, a pesquisa realizada para a busca de vacinas terapêuticas oferece a oportunidade de garantir efeitos preventivos e terapêuticos em pacientes não infectados e infectados. O desenvolvimento de vacinas terapêuticas é essencial para ajudar a controlar e diminuir as infecções ocasionadas pelo HPV, assim como colaborar para a diminuição do índice de câncer cervical que afeta diversas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIMAGAMBETOVA, G & AZIZAN A. Epidemiology of HPV infection and HPV-related cancers in Kazakhstan: a review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, v. 19, p. 1175, 2018.
- AKSOY, P. *et al.* HPV entry into cells. *Mutation Research*, v. 772, p. 13, 2016.
- ARALDI R.P *et al.* The human papillomavirus (HPV)-related cancer biology: an overview. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, v. 106, p. 1537, 2018.
- BASU, P. *et al.* Secondary prevention of cervical cancer. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, v. 47, p. 73, 2017.
- CHANTZANTONIOU, N. *et al.* Inception and development of the Papanicolaou Stain Method. *Acta Cytologica*, v. 61, p. 4, 2017.
- CHENG, M.A. *et al.* Therapeutic DNA vaccines for human papillomavirus and associated diseases. *Human Gene Therapy*, v. 9, p. 971, 2017.
- FISCHER, S. *et al.* Shift in prevalence of HPV types in cervical cytology specimens in the of HPV vaccination. *Oncology Letter*, v. 1, p. 601, 2016.
- GUPTA, R. *et al.* Cervical high-grade squamous intraepithelial lesion on conventional cytology: cytological patterns, pitfalls and diagnostic clues. *Diagnostic Cytopathology*, v. 12, p. 1267, 2019.
- HANCOCK, G. *et al.* Therapeutic HPV vaccines. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 47, p. 59, 2018.
- JONES, R. *et al.* Endocervical glandular involvement is associated with an increased detection rate of high-grade squamous intraepithelial lesions on the papanicolaou test. *Journal of the American Society of Cytopathology*, v. 9, p. 137-145.
- KITCHEN, F.L. Papanicolaou smear. StarPearls publishing. Treasure Island (FL); janeiro de 2020.
- LONG, W *et al.* HPV-16, HPV-58, and HPV-33 are the most carcinogenic HPV genotypes in Southwestern China and their viral loads are associated with severity of premalignant lesions in the cervix. *Virology Journal*, v. 15, p. 94, 2018.
- LUCKETT, R. & FELDMAN, S. Impact of 2-, 4- and 9-valent HPV vaccines on morbidity and mortality from cervical cancer. *Human Vaccines Immunotherapeutics*, v. 6, p. 32, 2016.
- MARTINS, T.R. *et al.* HPV genotype distribution in Brazilian women with and without cervical lesions: correlation to cytological data. *Virology Journal*, v. 13, p. 138, 2016.
- MORIARTY, S. Investigating how geography, citizenship, and insurance influence HPV vaccination. *Ama Journal of Ethics*, v. 3, p. 269, 2019.
- SANKARANARAYANAN, R. *et al.* Can a single dose of human papillomavirus (HPV) vaccine prevent cervical cancer? Early findings from an Indian study. *Vaccine*, v. 36, p. 4783, 2018.
- SARIER, M. *et al.* HPV infection in urology practice. *International Urology and Nephrology*, v. 1, p. 1, 2020.
- SCHMIDT, D. Squamous cell precancerous lesions of the cervix uteri. *Pathology*, v. 1, p. 7, 2019.
- SMITH, E.R. *et al.* New biological research and understanding of Papanicolaou's test. *Diagnostic cytopathology*, v. 6, p. 507, 2018.
- SUN, L. *et al.* p16 Immunohistochemistry is always required for accurate diagnosis of grade 2 squamous intraepithelial lesions. *Journal of Lower genital tract disease*, v. 22, p. 104, 2018.
- SWAILES, A.L. *et al.* Pathway to the Papanicolaou smear: the development of cervical cytology in twentieth-century America and implications in the present day. *Gynecologic Oncology*, v. 154, p. 3, 2019.
- TJALMA, W. HPV negative cervical cancers and primary HPV screening. *Facts, views & Vision Obygn*, v. 10, p. 107, 2018.
- WANG, X. *et al.* Involvement of human papillomaviruses in cervical cancer. *Frontiers in Microbiology*, v. 9, p. 2896, 2018.

YANG, A. *et al.* Perspectives for therapeutic HPV vaccine development. *Journal of biomedical science*, v. 75, p. 23, 2016.

ZHAO, W. *et al.* Targeted juglone blocks the invasions and metastasis of HPV-positive cervical cancer cells. *Journal of Pharmacological Sciences*, v. 144, p. 189, 2019.

20

VAGINISMO: POR QUE TÃO DIFÍCIL ENFRENTÁ-LO COMO PROBLEMA DE SAÚDE GINECOLÓGICO?

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do curso de medicina da Universidade Luterana do Brasil;

² Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande;

³ Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal de Pelotas;

⁴ Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Brusque;

⁵ Preceptora do serviço de ginecologia e obstetrícia do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen

AUTORES

BRUNA REIS KRUG¹

LARA BIANCA SOARES BRANDÃO²

STEFANIE FLACH ZANATTA³

AMANDA MICHELON¹

LUCIANA GONÇALVES MORAIS PETROLA²

NICOLE SANTOS FÉLIX²

FERNANDA HOPF TAYEH^{4,5}

Palavras-chave: Vaginismo, Educação Sexual e Falha de Tratamento.

INTRODUÇÃO

O vaginismo é comumente descrito como uma condição de disfunção sexual feminina caracterizada pela impossibilidade da mulher de permitir a penetração vaginal, seja pelo ato sexual, espéculo ginecológico ou em alguma outra situação, como utilização de tampão (VAN LANKVELD *et al.*, 2006; MOREIRA, 2012). As disfunções sexuais, segundo a Associação Psiquiátrica Americana, são quaisquer desordens em alguma das fases do ciclo de resposta sexual, e podem ser divididas em: transtorno de excitação, transtorno do desejo sexual, transtorno da excitação sexual, transtorno do orgasmo e, por fim, transtorno sexual doloroso – o qual adere o vaginismo (JUNIOR *et al.*, 2014).

Fisiologicamente, o vaginismo pode ser definido como espasmo involuntário da musculatura perineal e elevador do ânus, recorrente ou persistente, quando há a tentativa de penetração vaginal. A contração pode ocorrer durante a tentativa de penetração ou ainda antes. Sua intensidade pode variar de ligeira, de tolerando a algum tipo de penetração, a grave, impossibilitando-a. Pode levar a repercussões de contração dos músculos do assoalho pélvico e adutores da coxa (JUNIOR *et al.*, 2014).

O vaginismo pode ser dividido em primário e secundário. O primário é definido quando a mulher é incapaz de manter as relações devido à dor originada pelas contrações involuntárias, e o

secundário ocorre quando a mulher teve relações sexuais, porém não consegue mantê-las devido à mesma etiologia (AVEIRO *et al.*, 2009). Atualmente, a incidência do vaginismo varia de 1 a 6% na população mundial feminina com vida sexual ativa e, no Brasil, esses números ainda são uma incógnita, visto as imprecisões existentes quanto à sua definição, diagnóstico, tratamento e participação de vários especialistas frente a sua abordagem (MOREIRA, 2012).

As causas são multifatoriais, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, sociais ou desconhecidos, gerando repercussão na qualidade de vida desses pacientes de forma global (JUNIOR *et al.*, 2014). As etiologias são diversas, podendo ser resultado de traumas sexuais, os quais se aplicam a maioria das pacientes, ou traumas não relacionados ao sexo. A história mais comum é a de educação sexual rígida, por motivos morais, religiosos ou ambos. Há também ligação significativa entre a história de abuso sexual na infância e estupro em qualquer fase da vida antes do vaginismo, além de primeira relação sexual insatisfatória, dolorosa e/ou forçada. Como fatores sem relação sexual, há os que geram o vaginismo como sintoma secundário a casos como síndrome do pânico, acidentes de carro, violência doméstica, assalto à mão armada, entre outros (MOREIRA, 2012).

Como qualquer disfunção sexual, o vaginismo ainda é um tabu a ser enfrentado pela população como um todo, não só a feminina. Muitas mulheres omitem esta realidade e poucos profissionais são capacitados para perceber e investigar os sinais e sintomas e realizar um tratamento adequado. Além disso, a escassa discussão do assunto no meio social torna o tema ainda mais obscuro à sociedade (JUNIOR *et al.*, 2014).

O presente trabalho tem como objetivo realizar a análise dos fatores que podem levar ao subdiagnóstico e/ou subtratamento do vaginismo, representado pelo Código Internacional de Doenças como CID-10 N94.2.

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa com abordagem qualitativa e objetivo descritivo, incluindo, para isso, estudos nacionais e internacionais. Além disso, quanto à natureza do estudo, caracteriza-se como aplicada, uma vez que o estudo busca gerar conhecimento para a aplicação prática, correlacionando as principais dificuldades relacionadas ao diagnóstico e futuro tratamento do quadro de vaginismo, com o fito de facilitar a abordagem às pacientes, reduzindo, assim, os efeitos negativos desta doença.

Nessa perspectiva, visando a elaboração do estudo, utilizou-se a base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e seus sites aliados. Ademais, a fim de localizar os descritores adequados ao objetivo deste estudo, utilizou-se a base Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), formalizando a escolha dos seguintes descritores disponíveis e pertinentes: “Vaginismo”, “Vaginismo/terapia”, “Educação Sexual” e “Falha de Tratamento”. Por fim, para formalização da fórmula de busca e consequente obtenção de estudos que contribuíssem para a pesquisa de maneira mais assertiva, foi necessária a utilização de operadores booleanos, tais como: “parênteses”, “AND” e “OR”.

Desse modo, os artigos foram filtrados, sequencialmente, incluindo os que estavam disponíveis na íntegra e indexados, com recorte temporal de 2006 a 2018 e nos idiomas português e inglês. Logo, com o uso da metodologia supracitada, foram selecionados oito artigos disponíveis na BVS.

Os critérios de elegibilidade utilizados foram: artigos que elucidassem pacientes, independentemente de sua etnia, idade ou nacionalidade; artigos que apresentassem vaginismo em condição de tratamento, abordando as principais condutas terapêuticas possíveis; artigos que abordassem dificuldades e empecilhos frente ao tratamento de vaginismo, atrelados a diferentes culturas, valores e cenários. Por outro lado, foram excluídos artigos que abordassem somente a descrição do vaginismo, bem como artigos de opinião, estudos duplicados e artigos que não estavam disponíveis na íntegra.

Para este estudo, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, visto que não se trata de pesquisa prática, mas de revisão bibliográfica. No entanto, ao elaborar este trabalho, buscou-se respeitar as recomendações éticas. Para isso, todos os autores consultados foram citados e referenciados a fim de respeitar os direitos autorais.

No que tange à análise de dados, visando interpretar os resultados obtidos, distribuiu-se os achados em blocos textuais, elucidando: fatores etiológicos, manejo atual da paciente com vaginismo e tratamentos disponíveis, a fim de identificar problemáticas e possibilidades de otimização. Também foram elaborados quadros, sintetizando os pontos-chave relacionados aos fatores causais, esquema diagnóstico e terapêutico. Por fim, organizou-se uma tabela, listando os resultados em ordem alfabética do título do artigo, com aspectos técnicos das bibliografias, sendo esses: título e autoria, ano e principais resultados encontrados, distinguindo entre prevalência do vaginismo e esquematização da literatura analisada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores envolvidos na etiologia do vaginismo

Conforme Moreira (2012), muitas são as possíveis etiologias para o vaginismo, como trauma sexual, principalmente na infância, histórico de educação sexual rígida, lesões prévias na vulva e vagina, histórico de infecções repetidas que causam dor e/ou irritação, traumas não sexuais no passado, negação da homossexualidade e consequente insistência em relações sexuais com parceiros do sexo masculino, rejeição a um parceiro em específico e atrofia vaginal após a menopausa. Conhecer toda a história pregressa da paciente com vaginismo auxiliará no esclarecimento das possíveis etiologias. A partir disso, um correto manejo poderá ser desenvolvido, levando-se em consideração as individualidades de cada mulher.

Fatores socioculturais

O estudo de Lara *et al.* (2010, p.318 apud JUNIOR *et al.*, 2014, p.97) relata a prevalência da repressão sexual familiar, social e religiosa como fatores extrínsecos que contribuem para o surgimento do vaginismo, além de outros fatores como o medo da relação sexual, a presença de experiências prévias negativas, o culto à virgindade e o abuso sexual (JUNIOR *et al.*, 2014). Com isso, a análise clínica da paciente com vaginismo vai além do exame físico, sendo imprescindível avaliar o ambiente familiar e cultural em que essa mulher está inserida, além de ser realizada uma observação psicológica, com o intuito de buscar possíveis acontecimentos ou traumas do passado, sejam eles de ordem sexual ou não.

Ferreira *et al.* (2007) afirmam que não existe uma definição da etiologia do vaginismo, porém é importante ressaltar os fatores psicológicos e interpessoais no desenvolvimento dessa disfunção. Os motivos causadores são principalmente questões sociais e afetivas, como repúdio e/ou visão danosa do sexo, questões de homossexualidade feminina e episódios de violência doméstica (JUNIOR *et al.*, 2014). Logo, urge que pacientes com vaginismo sejam submetidas a abordagens multidisciplinares, incluindo o acompanhamento psicológico, que buscará compreender o ponto de vista daquela mulher sobre o ato sexual e os fatores intrínsecos que podem estar originando aquela situação, focando na recuperação psicológica da paciente que possui um distúrbio de penetração vaginal a partir do conhecimento do caso.

De acordo com Muammar *et al.* (2015), o distúrbio sexual feminino mais comum em países árabes e muçulmanos é o vaginismo (VPP, do inglês *vaginal penetration phobia*), responsável por grande parte dos casamentos não consumados. Desta forma, ações que visem trabalhar a questão do VPP se fazem extremamente relevantes, principalmente nas culturas mais patriarcais, em que desconstrução de ideias ultrapassadas sobre o ato sexual e o papel da mulher na sociedade podem contribuir positivamente na saúde ginecológica feminina e, também, em aspectos conjugais.

Educação sexual deficitária

Segundo trabalhos conduzidos por Muammar *et al.* (2015, p.122), o principal fator de risco envolvido no desenvolvimento do VPP foi a falta de conhecimento sobre as relações sexuais. Dessa forma, a promoção de ações que visem elevar o nível da educação sexual entre os indivíduos, como a incorporação de disciplinas no currículo escolar que trabalhem aspectos anatômicos, fisiológicos e patológicos dos sistemas reprodutores femininos e masculinos, possui extrema importância, principalmente entre os mais jovens.

Por ser considerado um distúrbio de penetração vaginal, é compreensível que mulheres com VPP procurem primeiramente um ginecologista. Com isso, é indispensável que tais especialistas estejam aptos a examinar mulheres que sofrem com as consequências do VPP, devendo ocorrer um atendimento atencioso e individualizado. A partir de uma atenção médica cuidadosa, poderá ser feito o correto diagnóstico da patologia e planejado um esquema de tratamento que englobe todos os aspectos que estão associados ao distúrbio, sejam intrínsecos ou extrínsecos. Segundo Muammar *et al.* (2015, p.124), esses profissionais são os primeiros a ter contato com pacientes relatando VPP e/ou infertilidade, de forma que um tratamento superficial, despreparado ou menos compreensivo possa ter efeitos neutros ou mesmo deletérios sobre o prognóstico.

Despreparo profissional para manejar as queixas

Muitos profissionais desconhecem essa disfunção sexual, o que faz com que as pacientes sejam submetidas a uma procissão de profissionais, muitas vezes incluindo tratamentos inadequados e iatrogênicos. As pacientes relatam serem tratadas como neuróticas ou difíceis e acusadas de não colaborar com o exame médico. Às vezes, relatam que o exame ginecológico parece um estupro (MOREIRA, 2012). Logo, urge que durante a residência os ginecologistas sejam doutrinados a praticar uma medicina mais humana, estando atentos a distúrbios de penetração vaginal, como o VPP, e sabendo conduzir adequadamente essas pacientes.

Conforme Muammar *et al.* (2015), o manejo ideal tem um cunho multidisciplinar devido ao estigma gerado tanto pela terapia sexual quanto pelas clínicas especializadas em saúde mental.

Devido a uma série de preconceitos e tabus, a busca por atendimento psicológico para mulheres com VPP pode ser retardada ou não ocorrer, o que interfere negativamente no prognóstico dessas pacientes. O fato de os distúrbios de penetração vaginal terem múltiplas etiologias e estarem intimamente associados a aspectos culturais e da psique do indivíduo refletem a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, incluindo o acompanhamento psicológico das pacientes.

Fatores psicológicos e sexualidade feminina

Fatores psicosssexuais, como perda de libido e distúrbios da excitação, podem estar presentes nos distúrbios relacionados à dor sexual. Podem contribuir para o agravamento da dor coital ao longo do tempo, isoladamente ou por associação com a infertilidade do casal (SOUZA *et al.*, 2018). Dessa forma, o atendimento e tratamento das pacientes com VPP deve também estar focado na satisfação sexual feminina, e não apenas na obtenção de uma penetração vaginal não dolorosa, que é o objetivo das terapias usadas para tratar o distúrbio.

De acordo com Souza *et al.* (2018), pacientes com dor genito-pélvica e/ou distúrbio de penetração têm dificuldades quanto à fertilidade mesmo quando em centros de tecnologia em reprodução assistida, haja vista a necessidade de utilizar o ultrassom transvaginal em cada etapa do processo. Com isso, torna-se manifesto que muitos procedimentos médicos não levam em consideração possíveis casos de VPP, contribuindo para a deterioração da saúde da mulher. É imprescindível que todos os procedimentos que envolvam o sistema reprodutor feminino, mesmo que minimamente invasivos, sejam precedidos de uma avaliação minuciosa do quadro clínico da mulher, visando abolir qualquer situação que venha a causar sofrimento, seja ele físico ou psicológico.

Segundo estudos conduzidos por Van Lankveld *et al.* (2006), após o tratamento com a terapia cognitivo comportamental (TCC), 14% das participantes tratadas obtiveram relações sexuais peniano-vaginais, em comparação com nenhuma das participantes do grupo de controle. Além disso, quanto maior o tempo de tratamento, melhores foram os resultados obtidos. A TCC também teve efeitos significativos no comportamento de penetração não-coital, com 79% das participantes tratadas sendo capazes de inserir um dedo no pós-tratamento, em comparação com 36% das participantes do grupo de controle. Entretanto, o programa de tratamento foi focado principalmente nas mudanças comportamentais e emocionais necessárias para permitir a penetração vaginal. Exercícios que tinham como foco a melhora de aspectos subjetivos do funcionamento sexual, como desejo sexual feminino, excitação, lubrificação vaginal, orgasmo ou satisfação sexual, foram apresentados apenas como uma opção adjuvante. Da mesma forma, não foram apresentados planos de ação que tivessem como objetivo a melhora do relacionamento conjugal em aspectos não sexuais.

Abaixo, foi elaborado pelos autores um quadro (Quadro 1) referente ao compilado de fatores associados ao medo de penetração vaginal relatados nos estudos utilizados para compor essa revisão bibliográfica, os quais são divididos em: socioculturais, educação sexual, despreparo psicossocial e aspectos psicosssexuais.

Quadro 1. Fatores mais associados ao medo de penetração vaginal (VPP)

FATORES ASSOCIADOS AO VPP			
Socioculturais	Repressão sexual extrínseca	Culto à virgindade, medo da relação sexual, más experiências prévias	Abuso prévio, violência doméstica, repúdio ao sexo, negação da homossexualidade
	Educação sexual deficitária	Principal fator de risco	Desconhecimento sobre as relações sexuais
	Despreparo profissional	Desconhecimento sobre a condição e os seus fatores predisponentes	Despreparo para tratar todas as facetas concernentes à patologia
	Aspectos psicosssexuais	Comorbidade com transtornos da libido e da excitação sexual	Associação com transtornos do humor e ansiedade
			Desenvolvimento de medo e pudor excessivo
			Introgénia, desrespeito e falta de empatia com as pacientes e seus parceiros
			A persistência do quadro leva à infertilidade conjugal e a intenso sofrimento

Atual manejo da paciente com vaginismo

Diagnóstico

Salienta-se ainda que não há diagnóstico de disfunção sexual caso esta seja mais bem explicada por outro transtorno, a exemplo da redução da libido secundária a transtornos do humor. Por outro lado, se a dificuldade sexual anteceder o quadro psiquiátrico ou for um foco de atenção independente, faz-se o diagnóstico adicional de disfunção sexual (ABDO & FLEURY, 2006). Logo, o estudo detalhado do quadro clínico atual e precedente das mulheres que possuem VPP é fundamental para o correto diagnóstico, além de atuar na busca pelos fatores etiológicos e possíveis comorbidades associadas.

Uma dificuldade sexual (por exemplo, transtorno da excitação sexual) pode gerar outra (como transtorno do desejo sexual hipotivo), devendo, neste caso, ser diagnosticados especificamente todos os transtornos envolvidos (ABDO & FLEURY, 2006). O correto diagnóstico faz-se imprescindível para a elaboração de um plano de tratamento, o qual deverá abordar todos os distúrbios apresentados pela paciente.

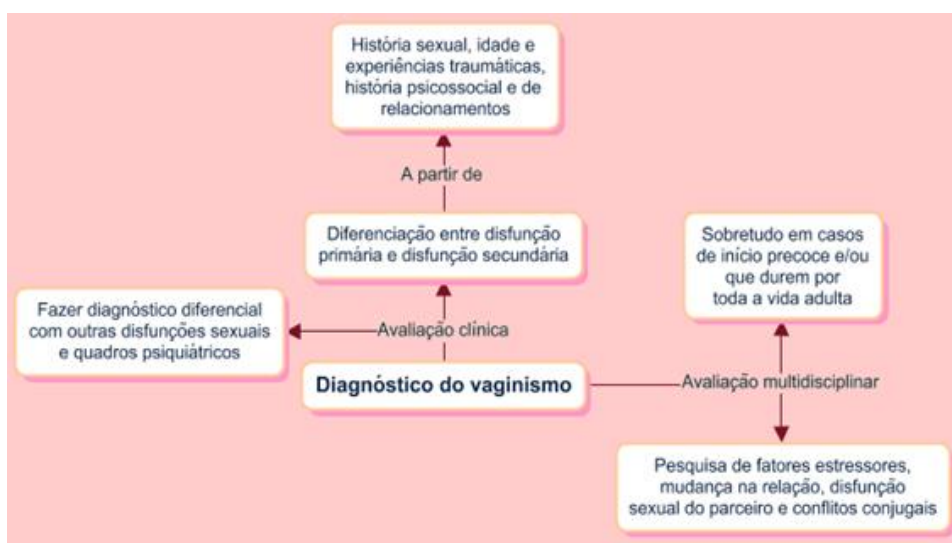
De acordo com Abdo e Fleury (2006), a avaliação clínica do quadro deve ser baseada no tempo de evolução e nas características do estímulo sexual imprimido até então, para diferenciar disfunção primária de secundária, generalizada ou situacional, bem como idade e experiência sexual da mulher, de modo que cada combinação seja única e necessite de cuidado individualizado e multiprofissional. Com isso, a avaliação de todos esses parâmetros faz-se necessária para que as disfunções de penetração vaginal sejam previamente diagnosticadas e o plano de tratamento seja desenvolvido, objetivando reduzir o sofrimento das mulheres com essa condição e a tornar mais acessível ao público geral.

Os critérios de diagnóstico incluem uma história médica, psicossocial, de relacionamento e sexual detalhada com quaisquer episódios de experiência sexual traumática na infância, antes do casamento ou após o casamento com maridos atuais ou anteriores, história de abuso (físico ou sexual) e condições comportamentais ou psiquiátricas (MUAMMAR *et al.*, 2015). Uma anamnese

que considere aspectos culturais, espirituais e experiências passadas da paciente faz-se necessária, pois ações poderão ser direcionadas para a resolução dessas questões.

Na figura a seguir (Figura 1), são visualizados pontos-chave para o diagnóstico de VPP. A partir de uma avaliação clínica, é importante fazer o diagnóstico diferencial com outras disfunções e quadros psiquiátricos e, ainda, é possível diferenciar uma disfunção primária de uma secundária por meio da história sexual, idade e experiências traumáticas, história psicossocial e de relacionamentos. A avaliação multidisciplinar é igualmente necessária, sobretudo para o manejo de casos de início precoce e/ou que durem por toda a vida adulta e para a pesquisa de fatores estressores, mudança na relação, disfunção sexual do parceiro e conflitos conjugais.

Figura 1. Esquemática de pontos-chave para o diagnóstico de VPP



Dada a multiplicidade de fatores envolvidos, recomenda-se avaliação psicossocial, de preferência por equipe multidisciplinar, principalmente nos casos em que a disfunção ocorre desde o início da vida sexual ou sofre influência de condições psicológicas e relacionais, tais como condições de vida estressantes, mudanças na parceria, conflitos no vínculo conjugal e disfunção sexual do parceiro (ABDO & FLEURY, 2006). Logo, o acompanhamento psicológico deve fazer parte do plano de tratamento das mulheres com VPP, com o intuito de ampliar os campos a serem trabalhados para a melhoria do quadro dessas pacientes.

Tratamento

O sequenciamento das ações a serem efetivadas e a discussão dos planos de terapia com as pacientes e seus parceiros é fundamental, pois poderão ser colocados em prática exercícios que se adequem à mulher, oferecendo adesão e qualidade de vida às mesmas. Segundo Muammar *et al.* (2015), o tratamento reconhecido para o VPP depende essencialmente de educação sexual, dessensibilização sistemática e terapia psicosssexual, podendo envolver também toxina botulínica e ansiolíticos. Até o momento, os poucos estudos englobando o assunto não atingem um nível satisfatório de evidência científica.

Uma abordagem multidisciplinar é a que depende de ginecologistas, fisioterapeutas e psicólogos/terapeutas sexuais, que avaliam e tratam a paciente com VPP em diferentes dimensões

e com a maior integralidade possível (MUAMMAR *et al.*, 2015). Dessa forma, ressalta-se a necessidade de incluir profissionais de múltiplas áreas, atuando com o intuito de oferecer um tratamento que engloba todas as questões predisponentes ao VPP e, assim, favorecer um melhor prognóstico ao fornecer uma assistência ampla. De acordo com Muammar *et al.* (2015), o tratamento consagrado depende de treinamento de foco sensorial com exercícios de Kegel — voltados para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico —, educação sexual, aconselhamento e inserção gradativa de dedos ou treinadores vaginais. Se necessário, o emprego de anestésicos e/ou lubrificantes de contenção vaginal é válido.

Todos os exercícios que demandem esforço físico da mulher com VPP e que possam ocasionar dor durante a execução devem ser guiados cuidadosamente, levando-se em consideração a resposta da mulher, além de ser essencial que os profissionais e os parceiros, especialmente se masculinos, demonstrem empatia. A terapia medicamentosa pode ser um cooperante quando essas mulheres se encontram excessivamente ansiosas e com medo. Segundo estudos conduzidos por Muammar *et al.* (2015), a ansiedade das pacientes com VPP pode ser trabalhada com exercícios respiratórios, exame ginecológico educacional com espelho, paciência e empatia. Quando esses artifícios não são suficientes para que a mulher pudesse evoluir o tratamento com o uso de treinadores vaginais, era prescrita terapia com inibidores seletivos da recaptação de serotonina, sendo preconizado o escitalopram por três semanas.

De acordo com Moreira (2012), as taxas de sucesso do tratamento para VPP são menores se forem levadas em consideração a resposta e a satisfação sexual feminina, e não apenas a obtenção da penetração vaginal. Logo, a inclusão de itens no tratamento que levem em consideração a satisfação sexual das mulheres com a doença devem ser melhor estudados e colocados em prática, pois as atuais terapias focam sobretudo no alcance da penetração vaginal livre de dor.

O melhor curso de tratamento inclui avaliação psiquiátrica, sexológica e psicoterapêutica especializada, seguida por terapia sexual de base cognitiva reforçada com tratamento de medicina sexual, incluindo medicamentos ansiolíticos e tópicos e uso gradual de vasodilatadores vaginais. Os tratamentos com eletroestimulação e biofeedback oferecem importante suporte diagnóstico e terapêutico. Em alguns casos, tratamentos mais complexos baseados na psicanálise ou psicoterapia de longo prazo são necessários (MOREIRA, 2012). A base do tratamento de mulheres com VPP é a associação de exercícios de estimulação física da área, psicoterapia e TCC. Terapias mais modernas têm mostrado bons resultados; contudo, estudos mais detalhados ainda estão em execução.

O uso de Botox (neurotoxina botulínica tipo A) via injeções locais na musculatura vaginal como forma de tratamento da dispareunia e VPP pode ser uma opção em caso de falha dos demais tratamentos usuais (MOREIRA, 2012). Isso demonstra a importância de estudos na área, com o intuito de atender mulheres que não obtêm melhora com os tratamentos tradicionais, visando uma qualidade de vida mais satisfatória para pacientes com distúrbios de penetração vaginal.

Segundo estudos conduzidos por Van Lankveld *et al.* (2006), foi proposto um modelo de tratamento guiado pelos fundamentos da TCC, onde as mulheres eram ensinadas a identificar crenças irracionais, por exemplo a crença de que suas vaginas eram muito pequenas, e como convertê-las em crenças mais racionais. Além disso, foi proposto um programa em que as mulheres seguiam, progressivamente, os seguintes itens: inspeção visual pela mulher de sua vagina usando um espelho de mão, toque digital sem penetração pela mulher e seu parceiro, inserção vaginal de um dedo pela própria mulher, inserção de dois dedos, inserção vaginal de um dedo do

parceiro em que a mulher guiava a mão do parceiro, inserção de dois dedos do parceiro, inserção de um dilatador de plástico, toque da entrada vaginal com o pênis ereto sem penetração e inserção vaginal do pênis ereto. Elas deveriam realizar essas práticas duas vezes ao dia e era exigida a participação de seus parceiros masculinos. O tratamento exclusivo com TCC não produziu resultados tão bons quanto estudos que realizavam terapia comportamental, hipnoterapia ou psicoterapia, o que pode ser explicado pela duração reduzida dos estudos, sugerindo que a utilização da TCC seja feita por um período prolongado, além da inclusão simultânea de outras abordagens terapêuticas.

O tratamento das disfunções sexuais femininas é mais difícil quanto mais precoce a instalação do quadro e a fase do ciclo de resposta sexual atingida. Comparativamente com os recursos já existentes para as disfunções sexuais do homem, as mulheres disfuncionais contam com menor número deles e menos critérios terapêuticos estabelecidos para fazer frente à saúde sexual de seus parceiros. A investigação clínica de rotina traz à tona a relevância da questão e a necessidade de mais pesquisas (ABDO & FLEURY, 2006). Dessa forma, a pesquisa sobre quando se iniciou o quadro de VPP e como ele se apresenta em cada paciente será necessária para o desenvolvimento de uma terapia individualizada e, assim, com maiores chances de melhoria. Além disso, uma maior atenção à saúde da mulher, tanto por parte do governo, quanto pela própria população, é necessária para que ocorra um correto diagnóstico dos distúrbios de penetração vaginal e o seu tratamento.

A simples orientação dirimindo mitos e tabus, bem como legitimando o prazer sexual, pode resolver uma parcela das dificuldades sexuais, em especial de mulheres mais jovens e daquelas que ainda não tiveram repercussão da sintomatologia disfuncional na vida como um todo e/ou sobre o desempenho sexual do parceiro. O médico, nesses casos, desempenha papel fundamental, orientando, esclarecendo e prevenindo a cronificação dos sintomas (ABDO & FLEURY, 2006). Dessa forma, é evidente que a resolução dessa patologia vai além de um correto diagnóstico e tratamento multidisciplinar. A orientação da população em geral é necessária, pois as censuras acerca desse assunto contribuem para a cronificação dessa patologia e no retardo pela busca de assistência especializada.

Mulheres com comprometimento psicológico devem ser indicadas para intervenção psicoterapêutica, em especial aquelas com história de abuso e violência sexual. Comprometimento da autoimagem e do vínculo conjugal, fantasias impeditivas de manifestação mais livre da própria sexualidade e ansiedade excessiva constituem outras indicações de atendimento psicoterapêutico (ABDO & FLEURY, 2006).

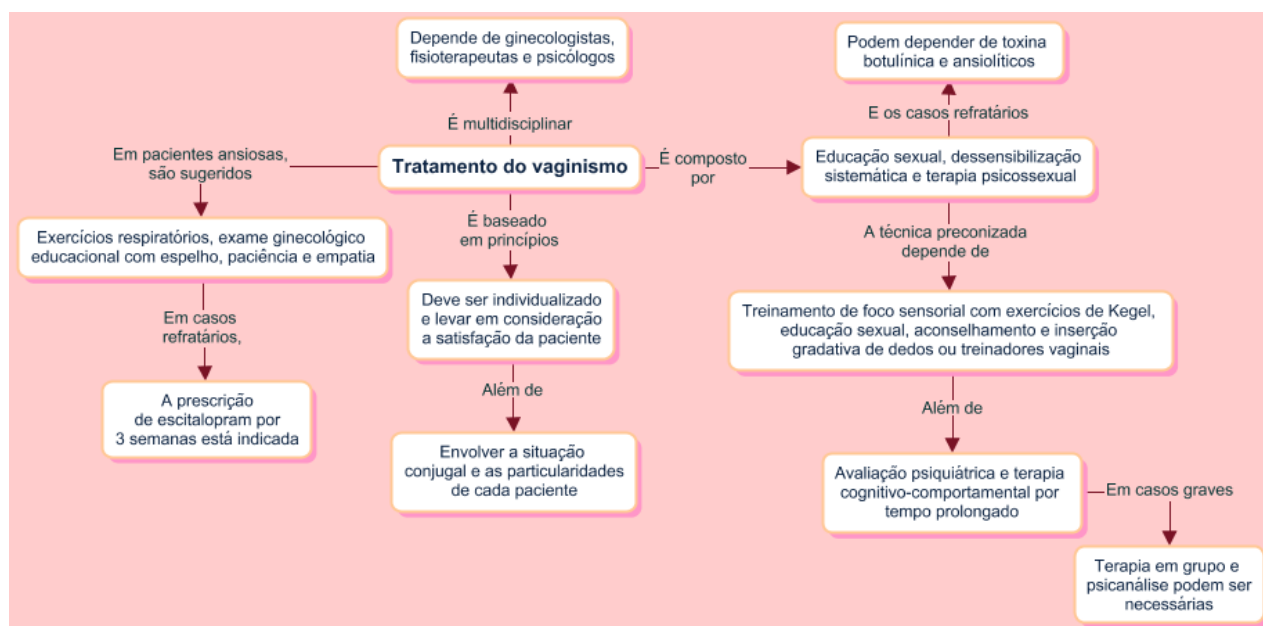
De acordo com Abdo e Fleury (2006), a psicoterapia de grupo, quando tematizada e por tempo limitado, promove acolhimento e melhora a capacidade de interação com os parceiros, tendo efeito positivo sobre os relacionamentos afetivos para além do intercurso sexual.

Piassarolli *et al.* (2010, apud JUNIOR *et al.*, 2014, p.98) relatam que o tratamento do VPP deve basear-se na normalização do tônus muscular, de forma a trabalhar o relaxamento e contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP). Dentre os recursos fisioterapêuticos citados pelo autor estão a cinesioterapia, eletroestimulação, biofeedback, exercícios de Kegel, cones vaginais, técnicas de dessensibilização, dilatadores graduados vaginais, massagem perineal e a terapia manual para liberação de pontos de gatilho principalmente nos músculos isquiocavernoso, bulboesponjoso e elevador do ânus que são os músculos mais afetados pelo vaginismo. Com o avanço do tratamento, foi observado uma melhora na função sexual das VPP devido ao aprendizado do controle do MAP e o conhecimento corporal (JUNIOR *et al.*, 2014). Estas estratégias mais modernas devem ser

melhor estudadas e, assim, difundidas entre as mulheres com VPP, a fim de se obter melhoria de seus quadros clínicos.

A figura a seguir (Figura 2), esquematiza os pontos-chave para o tratamento do VPP, sendo eles a multidisciplinaridade, a individualização, a consideração da satisfação da paciente, o envolvimento da situação conjugal como um todo, a educação sexual, a dessensibilização sistêmica e a terapia psicosssexual. Além desses princípios, é preciso considerar a utilização de exercícios respiratórios, exames ginecológicos educacionais com espelho e os exercícios da paciência e da empatia especialmente em pacientes ansiosas, de forma que as pacientes com casos refratários podem ser tratadas com toxina botulínica e ansiolíticos.

Figura 2. Esquemática dos pontos-chave para o tratamento de VPP



Iniciativas no enfrentamento ao vaginismo

Nos estudos selecionados, não são visualizadas iniciativas do governo para o combate ao VPP. Não há nenhum projeto que informe ou trate especificamente sobre o tema, a fim de favorecer a desconstrução de tabus e preconceitos referente ao prazer feminino. Apesar de serem visíveis em diversos estudos o quanto o suporte psicoeducacional auxilia nessa condição e há sugestão de um diagnóstico e tratamento com multidisciplinaridade, composta muitas vezes por profissionais como ginecologistas, fisioterapeutas, psicólogos, não são visualizadas medidas referentes a esse problema que afeta a qualidade de vida de mulheres globalmente (ABDO & FLEURY, 2006).

Os tratamentos mais eficazes incluem a educação sexual e a terapia psicosssexual, assim como a dessensibilização sistemática e, portanto, o início das intervenções pode ocorrer no consultório com o profissional de saúde explicando à paciente sobre sexualidade e a disponibilizando atenção para que ela exponha suas dificuldades, pois, conforme Abdo e Fleury (2006), o diagnóstico é muitas vezes dificultado pela inibição da mulher (que não apresenta a queixa) ou do médico (que se constrange de investigar), sendo essencial ser um assunto tratado nos atendimentos. O conhecimento corporal também é importante e deve ser incentivado pelos profissionais da saúde, melhorando a função sexual nas mulheres (JUNIOR *et al.*, 2014).

A dificuldade em diagnosticar a condição, a falta de estudos com epidemiológicos em se tratando do VPP e conseqüentemente a dificuldade em estimar a sua prevalência exata na população geral empecem o estabelecimento de projetos de auxílio à paciente com VPP. A prevalência constatada do VPP é variável: Moreira (2013) e Pereira *et al* (2016) estimam que mundialmente a prevalência seja de 1 a 6% e 1 a 7%, respectivamente, de forma que não se sabe se ela aumenta ou diminui. Um estudo realizado no Brasil, em Recife, estimou que entre 100 mulheres avaliadas, 1% referiu VPP (FERREIRA *et al.*, 2004). Além disso, no Reino Unido e em Gana estima-se que, respectivamente, 25% e 68% das mulheres tenham essa condição, enquanto em um estudo realizado no Centro de Infertilidade Fátima Zahra de Babol, no Irã, com 236 mulheres, sendo a maioria delas com infertilidade primária, constatou-se que 15,2% tinham VPP (MUAMMAR *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2018)

O quadro a seguir (Quadro 2), compila as estatísticas encontradas sobre o VPP em todo o mundo.

Quadro 2. Prevalências de VPP em todo o mundo

Artigo	Autor	Ano	Prevalência
Management of vaginal penetration phobia in Arab women: a retrospective study	MUAMMAR <i>et al</i>	2015	25% das mulheres do Reino Unido e 68% das mulheres em Gana.
Vaginismo	MOREIRA, R.L.B.D.	2013	Atinge 1 a 6% das mulheres ativas sexualmente no mundo e não se sabe se está aumentando ou diminuindo a prevalência.
Vaginismus in Assisted Reproductive Technology Centers: an invisible population in need of care	SOUZA <i>et al</i>	2018	Um estudo realizado no Centro de Infertilidade Fátima Zahra de Babol, em 2016, no Irã, com 236 mulheres, em que a maioria tinha infertilidade primária, constatou que 15,2% (n=36) tinham VPP.
Prevalência de mulheres com queixas de vaginismo na UBS.	PEREIRA <i>et al</i>	2016	No mundo o VPP atinge de 1 a 7% das mulheres.
Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco	FERREIRA, <i>et al.</i>	2004	Em um hospital escola de Recife, a partir da avaliação de 100 mulheres, entre 20 e 39 anos, constatou-se que 1% referiu vaginismo.

Abaixo, há uma esquematização da literatura citada (Quadro 3), conforme autores, objetivos e contribuições dos artigos estudados, sumarizando os artigos que constam nessa revisão bibliográfica. Alguns artigos utilizados avaliam especificamente tratamentos, como o de Van Lankveld *et al.* e Muammar *et al.*, enquanto outros, como o de Júnior *et al.*, Moreira e Abdo e Fleury, associam a avaliação de diagnóstico e tratamento, assim como os aspectos e/ou classificações do VPP. Os demais, como o de Souza *et al.*, Pereira *et al.* e Ferreira *et al.*, são relacionados à prevalência e a situações específica.

Quadro 3. Esquematização da literatura citada

Artigo	Autor	Objetivos e contribuições
Cognitive–Behavioral Therapy for Women with Lifelong Vaginismus: A Randomized Waiting-List Controlled Trial of Efficacy	VAN LANKVELD <i>et al.</i>	Avaliar efetividade das medidas de tratamento para o VPP, comparando terapia de grupo cognitivo-comportamental, biblioterapia e lista de espera.
O Vaginismo como problema de saúde a ser resolvido na ótica fisioterapêutica e multidisciplinar: uma revisão narrativa.	JUNIOR <i>et al.</i>	Relata os aspectos do VPP, como fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e as características biopsicossociais das pacientes.
Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas.	ABDO, FLEURY	Trata sobre as classificações das disfunções sexuais, assim como dos diagnósticos e tratamentos.
Management of vaginal penetration phobia in Arab women: a retrospective study	MUAMMAR <i>et al.</i>	Avaliar a resposta dos casais frente aos tratamentos psicoterápicos individuais para a resolução da fobia de penetração vaginal.
Vaginismo	MOREIRA, R.L.B.D.	É uma revisão que discute conceitos e tratamentos, assim como etiologias e diagnósticos do VPP.
Vaginismus in Assisted Reproductive Technology Centers: an invisible population in need of care	SOUZA <i>et al.</i>	Estudar os casos de VPP dentro do meio da terapia de reprodução assistida e na introdução de intervenções intra-cíclios.
Prevalência de mulheres com queixas de vaginismo na UBS.	PEREIRA <i>et al.</i>	Analisar a prevalência de mulheres com queixas de vaginismo em Unidades Básicas de Saúde, na cidade de Cajazeiras, na Paraíba.
Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco	FERREIRA <i>et al.</i>	Determinar a prevalência das disfunções sexuais femininas em mulheres atendidas no Centro de Atenção à Mulher do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP, através de um estudo transversal, utilizando os critérios de classificação da 4ª. edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

CONCLUSÃO

VPP é a patologia caracterizada por ser uma disfunção sexual que impede a penetração vaginal, derivada de fatores socioculturais, fisiológicos e psicossociais, que acomete uma significativa parte da população feminina. O VPP interfere negativamente na qualidade de vida dos casais, comprometendo as relações conjugais e interpessoais e podendo desencadear comorbidades psiquiátricas.

Sendo assim, o diagnóstico e o tratamento precoce tornam-se essenciais; porém, a disfunção ainda é muito desconhecida e pouco relatada pelos profissionais da saúde. Essa falta de informação faz com que a patologia seja de difícil diagnóstico e, conseqüentemente, leve à submissão de tratamentos e exames, muitas vezes, inadequados e dolorosos para a paciente.

Ademais, a falta de entendimento acerca do assunto, tanto pela parte dos profissionais da saúde quanto pela parte das pacientes, resulta em maiores dificuldades na hora da escolha do melhor tratamento. As mulheres frequentemente optam por viver com a patologia, sofrendo com dores e desconfortos diariamente, do que por procurar ajuda. Isso acontece, geralmente, por sentimentos como medo, vergonha e culpa diante do profissional da saúde e do seu próprio companheiro(a), já que o vaginismo é considerado um tabu por grande parte da população. Por esse motivo, o interesse ao tratamento adequado torna-se difícil de ser estudado, idealizado e realizado. Uma maneira de mudar isso é por meio da divulgação de projetos e campanhas públicas sobre o tema que tenham

como foco maior a população feminina, a fim de incentivá-la a procurar ajuda médica quando necessário.

Nesse cenário, torna-se necessário que os profissionais da saúde estejam aptos a receber e a tratar corretamente mulheres que sofrem com o VPP, cuidando do bem-estar físico e, também, atentando à situação psíquica em que a paciente se encontra, já que o seu bem-estar mental, social, conjugal e sexual está diretamente ligado à patologia.

Assim, é fundamental que sejam oferecidos e recomendados à mulher acometida pela disfunção sexual exames corretos e tratamentos multidisciplinares fisioterapêuticos, psicológicos e farmacológicos, a fim de garantir uma maior adesão por parte da paciente e de seu parceiro e um melhor desfecho do plano terapêutico. A atenção à mulher que sofre com a condição deve ser individualizada e específica, atendendo a todas as queixas e sentimentos da paciente, para que essa se sinta confortável para discutir possíveis formas de tratamento para uma rotina sem desconfortos e dores diárias e esteja segura para envolver seu parceiro na busca por uma vida sexual mutuamente prazerosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, p. 162, 2006.
- AVEIRO, M.C. *et al.* Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 279-283, Sept. 2009.
- FERREIRA, A.L.C.G. *et al.* Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.*, v. 7, p. 143, 2007.
- JUNIOR, A.G.P. *et al.* O Vaginismo como problema de saúde a ser resolvido na ótica fisioterapêutica e multidisciplinar: uma revisão narrativa. *Ciência em Movimento*, v. 33, p. 93, 2014.
- MOREIRA, R.L.B.D. Vaginismo. *Revista Médica de Minas Gerais.*, v. 23, p. 328, 2013.
- MUAMMAR, T. *et al.* Management of vaginal penetration phobia in Arab women: a retrospective study. *Annals of Saudi Medicine*, v. 35, p. 120, 2015.
- PEREIRA, M.M.C. *et al.* Prevalência de mulheres com queixa de vaginismo em UBS. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, v. 5, p. 916, 2018.
- SOUZA, M. do C.B. de. *et al.* Vaginismus in assisted reproductive technology centers: an invisible population in need of care. *JBRA Assisted Reproduction.*, v. 22, p. 35, 2018.
- VAN LANKVELD, J.D.M. *et al.* Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 74, p. 168, 2006

21

CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

FILIAÇÃO

¹ Enfermeiro (a).

² Enfermeira Residente, Secretária Estadual de Saúde, Brasília, DF.

³ Enfermeiro Residente, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasília, DF.

⁴ Mestre em Enfermagem, Centro Universitário do Distrito Federal - UDF, Brasília, DF.

AUTORES

ALLAN HOUSTON FRAGA DE OLIVEIRA¹

CAMILA DE JESUS ARAGÃO¹

ITAMARA AUGUSTA DINIZ¹

LETICIA OLIVEIRA REZENDE LEÃO²

MARIANA RODRIGUES DA SILVA DE MENEZES⁴

PATRICIA SOUSA DA CRUZ¹

PRISCILA PEREIRA DA SILVA NOLAÇO¹

RAFAEL SOARES OLIVEIRA¹

RENATA CARDOSO DA SILVA¹

VALÉRIA SANTANA DE SOUZA³

VICTOR HUGO CABRAL GOMES LEITE³

VINÍCIUS FALEIROS MARTINS⁴

Palavras-chave: Câncer de mama; Saúde da mulher; Estudos de Validação.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um tumor maligno que se desenvolve no tecido da mama. Esse tipo de câncer é o primeiro mais frequente nas mulheres das Regiões Sul (73.070/100 mil), Sudeste (69.500/100 mil), Centro-Oeste (51.960/100 mil) e Nordeste (40.360/100 mil), estando atrás somente dos casos de tumores de pele não melanoma. Na Região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19.210/100 mil) (BRASIL, 2018a). Houve uma prevalência de 59.700 casos de câncer de mama no Brasil para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco de 56.330 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2018a).

A neoplasia mamária é o segundo tipo de carcinoma mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Sua incidência vem aumentando ao longo do tempo. A neoplasia maligna de mama é responsável por cerca de 20% da incidência de neoplasma maligno e por 14% do total de mortes associadas às neoplasias (BRASIL, 2018a).

A incidência do tumor maligno de mama tende a crescer progressivamente a partir dos 40 anos, assim como a mortalidade por essa neoplasia. Na população feminina abaixo de 40 anos ocorrem menos de 10 óbitos a cada 100 mil mulheres, enquanto que na faixa etária a partir de 60 anos o risco é 10 vezes maior (BRASIL, 2020a).

Pode ser considerada a neoplasia mais temida pelas mulheres, uma vez que sua ocorrência causa grande impacto psicológico, funcional e social, atuando negativamente nas questões relacionadas à saúde e à autoestima feminina (GONÇALVES *et al.*, 2018).

O câncer de mama pode ser percebido em fases iniciais, na maioria dos casos, por meio dos seguintes sintomas: nódulo fixo, geralmente indolor, pele da mama avermelhada, retraída ou com aspecto de casca de laranja, alterações no mamilo, pequenos nódulos nas axilas ou no pescoço e saída espontânea do líquido anormal pelos mamilos (BRASIL, 2020b).

A prevenção primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco conhecidos e a promoção de práticas e comportamentos considerados protetores (BRASIL, 2020c). Para o controle do câncer de mama, destaca-se a importância de ações intersetoriais que ampliem o acesso à informação e a práticas preventivas, tais como a manutenção do peso corporal e a prática regular de atividade física (BRASIL, 2020d). Por isso fazer o rastreamento para a detecção precoce da doença é o diferencial entre as mulheres que buscam a realização dos exames no momento certo, a partir dos 40 anos, e as que apenas os fazem quando surgem os primeiros sinais e sintomas (BRASIL, 2020d).

Assim, reforça-se a importância da construção da cartilha, com elaboração de questionários semiestruturados e da avaliação pelos juízes, caracterizando a validação, para abordar estratégias de prevenção, autocuidado e conscientização da população feminina a respeito do câncer de mama, além de reafirmar a importância de conhecer o próprio corpo, pois, não são raros os casos nos quais a detecção precoce possa ocorrer por conta do autoexame realizados pelas próprias mulheres, que procuram os serviços de saúde caso identifiquem algo diferente em suas mamas.

Considerando a importância desses aspectos, objetivou-se neste estudo construir e validar uma cartilha como material educativo para prevenção do câncer de mama.

MÉTODO

A pesquisa tratou de um estudo quali-quantitativo com aplicação de Questionário Semiestruturado (QSE). O estudo foi desenvolvido com profissionais da saúde (juízes profissionais) e mulheres com mais de 40 anos (juízes sujeitos). O projeto foi submetido a plataforma Brasil e ao comitê de ética do Centro Universitário do Distrito Federal-UDF e recebeu o parecer ético aprovado de nº 20279819.3.0000.5650.

Foram utilizadas as fases de elaboração e qualificação do material educativo (análise teórica, empírica e analítica dos itens), conforme o proposto por Pasquali (2017).

Na primeira fase, foi realizada uma revisão integrativa da literatura para compor o embasamento teórico da temática. A partir de busca situacional do Brasil frente ao panorama do câncer de mama, foi mensurada a necessidade de abordagem da temática e, assim, foi elaborada uma cartilha educativa para prevenção do câncer de mama conforme as informações científicas coletadas na revisão integrativa.

Após a construção da cartilha, na segunda fase iniciou-se o processo de validação. Foram selecionados dez juízes profissionais, conforme Vianna (1982), e a seleção se deu por meio da amostragem de rede ou bola de neve segundo Polit e Beck (2011). Os juízes identificados por esse tipo de amostragem que atendessem aos critérios pré-estabelecidos foram convidados a participar do estudo.

Foram elaborados dois tipos de QSE, um direcionado aos juízes profissionais e um aos juízes sujeitos. Após a leitura e a análise da cartilha, os juízes responderam às questões entre quatro níveis conforme apresenta a forma da escala tipo *Likert*. Nessa forma de abordagem, os avaliadores indicam até que ponto concordam ou discordam das afirmações. Os níveis variam entre: 1. Totalmente adequado (TA); 2. Adequado (A); 3. Parcialmente adequado (PA); 4. Inadequado (I).

Neste momento foi realizada a análise teórica dos itens, a qual é composta pela análise semântica dos termos utilizados e pela análise do conteúdo da cartilha pelos juízes profissionais, sendo seis enfermeiros oncologistas, um educador em saúde, um ginecologista e dois das demais áreas. A análise semântica teve como objetivo verificar se os itens são compreensíveis para a população de juízes sujeitos (mulheres com mais de 40 anos). Na análise de conteúdo da cartilha, foi avaliado se os textos e as informações contidas na cartilha apresentavam-se de forma clara e sucinta.

Foram selecionados dez juízes sujeitos conforme Vianna (1982) e a seleção se deu por meio da amostragem de rede ou bola de neve segundo Polit e Beck (2011). Os juízes identificados por esse tipo de amostragem, que fossem mulheres maiores de 40 anos e de forma voluntária concordassem com o TCLE, foram convidados a participar do estudo. Para diversificar a amostra, foram escolhidos tanto juízes sujeitos com linguagem coloquial, quanto juízes sujeitos detentores de linguagem culta. A pretensão foi a de que todos pudessem discernir os itens, por isso evitou-se o constrangimento e a deselegância do uso verbal técnico nesta etapa da pesquisa, garantindo o critério técnico da verificação do objeto da pesquisa.

Os atributos dos itens julgados pelos juízes não representaram problemas, visto que se mediu a magnitude dos atributos a que se referem e não a compreensão deles (PASQUALI, 2017). Os doze critérios observados foram:

1. Critério comportamental, 2. Critério da objetividade ou da desejabilidade, 3. Critério da simplicidade, 4. Critério da clareza, 5. Critério da relevância, 6. Critério da precisão, 7. Critério da amplitude, 8. Critério do equilíbrio, 9. Critério da variedade, 10. Critério da modalidade, 11. Critério da tipicidade, 12. Critério da credibilidade.

A análise da lista consistiu em verificar se havia concordância entre os profissionais e também nos sujeitos, dessa forma, cada item necessitou de concordância de cerca de 80% entre os juízes.

Quanto aos parâmetros dos itens, foram concebidos e tratados sob égide das formas diferentes abordadas pelas Teoria Clássica dos Testes (TCT) e Teoria de Resposta ao Item (TRI). Essas teorias foram os dois referenciais utilizados para construção, validação e avaliação de instrumentos em psicologia e educação (PASQUALI, 2017).

No TCT pela Psicometria, verificou-se a dificuldade e a discriminação. A preocupação foi com os vieses dos itens devido a fatores de ordem cultural e sociocultural.

A unidimensionalidade, a dificuldade, a discriminação, a tendenciosidade de resposta, a validade e a precisão foram avaliados pela análise empírica dos parâmetros contidos nos itens e, posteriormente, verificou-se que eram adequados ao que a cartilha se propunha a mensurar.

Os dados coletados das amostras de sujeitos, representando as populações a que pertenciam, serviram de base para a análise dos parâmetros dos itens, utilizando-se a estatística como método. Os parâmetros foram julgados com técnicas como análise geométrica (análise gráfica dos itens) e fatorial, tanto da TCT e quanto da TRI.

A organização consistiu nas análises gráficas ou geométricas e algébricas, dentre as quais, a fatorial e as ditadas pelos modelos da TCT e da TRI também foram analisadas. Neste particular, a TRI fez progressos notáveis de análise, tornando obsoletas as análises que a TCT fazia. Ainda assim, ambas foram apresentadas, haja vista que testes no mercado têm sido utilizados e permanecidos como meio de apuração dos dados de análises feitas por meio da TCT (PASQUALI, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra de vinte juízes, composta por juízes profissionais e sujeitos, todos concordaram em participar do julgamento e devolveram o material respondido. Desse público, foram: 50% juízes profissionais e 50% juízes sujeitos – o público de sujeitos foi composto somente por mulheres com mais de 40 anos. Já a seleção dos profissionais enfermeiros indicou: seis enfermeiros oncologistas, um enfermeiro educador em saúde, um enfermeiro obstetra e dois enfermeiros das demais áreas.

Os Juízes sujeitos foram incluídos e a cartilha educativa foi revisada até a versão final. Esses juízes demonstraram avaliação positiva da cartilha através da escala tipo *Likert* e indicaram a relevância do material educativo. Mais especificamente, afirmaram que as ilustrações complementaram os textos em relação à motivação para leitura e aos aspectos culturais. Além disso, ressaltaram a clareza da escrita.

Quanto às mulheres (10 mulheres), estas relataram que a ilustração da capa despertava interesse em conhecer a cartilha. Contudo, os juízes solicitaram melhorias na ilustração da capa, por isso foi solicitada a reformulação, que foi acatada, com o intuito de melhorar a qualidade e despertar mais interesse em conhecer a cartilha.

Sobre a organização da cartilha: a página quatro contém a apresentação; a cinco exibe o sumário; a seis revela o conceito do câncer de mama; nas sete e oito, encontram-se ilustrações e textos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama; a nove apresenta esquemas sobre as formas de prevenção ao câncer de mama; na dez, há ilustrações e textos com o tema “Conheça o seu corpo! Se toque”; a onze exibe os sinais e sintomas; a doze traz textos sobre os exames periódicos e quando realizar; a treze expõe um texto motivador para que as mulheres se cuidem, procurem ajuda e realizem os exames no tempo correto; e a quatorze apresenta as referências bibliográficas.

Na Figura 1 apresenta-se as ilustrações da primeira versão da cartilha câncer de mama: “Você precisa saber mais sobre isso”.

Figura 1. Representação ilustrativa da capa, diagramação e personagens da cartilha câncer de mama: você precisa saber mais sobre isso, apresentada aos juízes, Brasília-DF, Brasil, 2019



Fonte: elaborado pelo autor, 2018.

Quadro 1. Avaliação da cartilha educativa dos doze itens do instrumento, segundo relevância

Itens Avaliados pelos Juízes Profissionais	TA* (N)	A* (N)	PA* (N)	I* (N)
1. O conteúdo da cartilha propõe ao público adquirir conhecimento para realizar a Prevenção do Câncer de Mama?	5	2	2	1
2. A cartilha apresenta itens que despertam o desejo da leitura do público? Concorda com o material apresentado?	4	2	3	1
3. O conteúdo descrito na cartilha tem duplo sentido para o público?	3	4	2	1
4. O material apresenta clareza do conteúdo sobre a Prevenção do Câncer de Mama?	3	3	2	2
5. A cartilha expõe um material consistente ao público na Prevenção do Câncer de Mama?	4	3	3	0
6. O material da cartilha contém precisão?	2	4	2	2

7. Os itens da cartilha abordam assuntos necessários para a Prevenção do Câncer de Mama em todo conteúdo?	4	2	2	2
8. O conteúdo da cartilha está equilibrado ao nível de conhecimento do Público?	4	2	2	2
9. A linguagem da cartilha tem variedade de termos?	2	4	3	1
10. A linguagem apresentada na cartilha possui frases de expressão modal para o público?	4	3	2	1
11. A linguagem da cartilha condiz para a Prevenção do Câncer de Mama?	2	5	3	0
12. O conteúdo da cartilha possui características que exponha o público ao ridículo?	3	2	2	3
Itens Avaliados pelos Juízes Sujeitos	TA* (N)	A* (N)	PA* (N)	I* (N)
1. A cartilha induz a praticar as ações descritas na Prevenção do Câncer de Mama?	5	4	1	0
2. A cartilha apresenta itens que despertam seu desejo à leitura? Concorda com o material apresentado?	4	6	0	0
3. O conteúdo da cartilha apresenta duplo sentido?	1	5	2	2
4. O material apresentado passa clareza sobre a Prevenção do Câncer Mama?	6	1	3	0
5. A cartilha apresenta um material consistente sobre a Prevenção do Câncer de Mama?	4	3	2	1
6. Na cartilha falta algo necessário ou útil para a Prevenção do Câncer de Mama?	1	3	5	1
7. A cartilha tem a mesma intensidade em todo o seu conteúdo?	4	4	2	0
8. O conteúdo proposto na cartilha é claro a nível de conhecimento?	4	4	2	0
9. A linguagem apresentada na cartilha está confusa?	3	2	2	3
10. A linguagem da cartilha apresenta frases de expressão modal?	2	4	2	2
11. A linguagem da cartilha condiz com a Prevenção do Câncer de Mama?	6	2	2	0
12. O conteúdo apresentado na cartilha causa constrangimento e irritabilidade?	3	4	1	2

Legenda: TA- Totalmente adequado, A- Adequado, PA- Parcialmente adequado, I- Inadequado. **Fonte:** elaborado pelo autor, 2019.

A concordância entre os juízes quanto à adequação e à pertinência da cartilha com relação ao conteúdo para prevenção do câncer de mama obteve o índice de 80%; aos itens que despertam o desejo da leitura do público, 80%; ao duplo sentido no conteúdo descrito na cartilha, 65%; à clareza sobre o conteúdo, 65%; ao material consistente sobre a prevenção do câncer de mama, 75%; à precisão do material apresentado na cartilha, 50%; à intensidade do conteúdo, 70%; ao conteúdo proposto, se é claro a nível de conhecimento, 70%; à variedade de termos e à linguagem apresentada na cartilha, 55%; à linguagem, se possui frases de expressão modal, 65%; à linguagem condizente para a prevenção do câncer de mama, 75%; e ao conteúdo – se possui características que exponha o público ao ridículo, constrangimento e irritabilidade –, 60%. A porcentagem descrita refere-se à concordância dos juízes quanto a itens Totalmente Adequados (TA) e Adequados (A) na escala *Likert*.

Salienta-se que o resultado final do estudo pode ser conferido, em forma de cartilha, na Figura 2.

Figura 2. Versão final da capa, diagramação e personagens da cartilha “Câncer de Mama: Você precisa saber mais sobre isso”, apresentada aos juízes, Brasília-DF, Brasil, 2019



Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

A escolha do tema para a cartilha educativa surgiu a partir de reflexões sobre o aumento significativo do câncer de mama, retratado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), por abordagens básicas para o controle do câncer (ABC do câncer) e pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Foi inspirada também em vivências nos estágios, em discussões de salas de aula e na convivência com pessoas próximas que tem câncer de mama.

No processo de construção dessa cartilha foram considerados aspectos para motivar a leitura e o aprendizado da população alvo. Assim, na página quatro, foi sugerido que a citação teria melhor entendimento caso fosse escrita assim: agregar o conhecimento e incentivar o autocuidado; e, em caso de dúvidas, que a mulher procure um serviço de saúde.

De acordo com o INCA (2018b), é de extrema importância o autocuidado. O Instituto destaca a importância do cuidado de si a partir da conscientização sobre a influência de hábitos pessoais sobre o seu próprio bem-estar total. Consequentemente, a estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer.

Nesse sentido, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde (BRASIL, 2018b).

Na página oito, foi sugerido explicar o que é a reposição hormonal. De acordo com Gabriel *et al.* (2017), a resposta do câncer de mama à hormonioterapia foi classificado em três categorias (nível de evidência): 1. Resposta Endócrina: quando as células tumorais apresentam expressividade para receptores hormonais esteroidais (estrogênio e progesterona); 2. Resposta Endócrina Incerta: quando há alguma expressão de receptores hormonais, porém esta é quantitativamente ou qualitativamente baixa; 3. Resposta Endócrina Ausente: quando não há expressão de receptores hormonais pelas células do tumor. A classificação dos tumores em uma dessas categorias possibilita a decisão de utilizar hormonioterapia isolada, combinada com quimioterapia ou apenas quimioterapia no tratamento das pacientes.

Na página nove, foi indicado explicar o que são exames periódicos e, por último, retirar o termo “se toque”. É importante citar que, de acordo com Barreto *et al.* (2016), a participação da mulher é fundamental para a detecção precoce do câncer de mama e a forma de instrumentalizá-la para ser sujeito ativo neste processo vem, porém, se modificando ao longo do tempo.

Quanto à detecção precoce do tumor e melhores prognósticos, Rosa *et al.* (2017) relata que se faz importante as medidas de cuidado à saúde, tais como a auto palpação, exame clínico e mamografia das mamas. Em consonância com as reflexões apresentadas, foi sugerido também, na página nove, incluir o termo “no autoexame”, na citação: A grande maioria dos casos de câncer são descobertos precocemente pelas próprias mulheres no autoexame.

Segundo Barreto *et al.* (2016), o exame das mamas representa um exame físico simples, que pode ser realizado pela própria mulher (auto palpação) ou por profissional da saúde especializado; o exame é indolor, gratuito e de grande importância para a detecção precoce do câncer de mama, prolongando a sobrevivência da paciente. As sugestões confirmam a importância dos juízes no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento dos instrumentos de assistência, pois são peritos com domínio de áreas específicas do estudo.

Destaca-se, portanto, a contribuição desses profissionais na qualidade das orientações fornecidas à cartilha, enfatizando o que foi citado por Pasquali (2017): o autor descreve que, para a validação de instrumento dessa natureza, deve existir, por parte do pesquisador, a reflexão e o interesse em fundamentar a teoria através de embasamento na literatura pertinente, como também

um intrínseco envolvimento com peritos da área através de consultas e trocas de experiência com o objetivo de consolidar o conteúdo. Acatadas todas as alterações recomendadas pelos juízes responsáveis pela validação, a cartilha foi encaminhada à revisão de português por um profissional especializado em correção ortográfica.

CONCLUSÃO

Acredita-se que a cartilha de orientação às mulheres sobre a detecção precoce do câncer de mama pode contribuir com a melhoria das informações para esse público alvo, amenizando os efeitos do desconhecimento acerca da doença e dos tipos de tratamentos utilizados, esclarecendo dúvidas e facilitando a prática educativa dos profissionais da área da saúde. Como parte deste processo, a construção da cartilha permitiu o crescimento pessoal e profissional frente aos estudos. Vale destacar também que, para que ocorra uma redução do número de óbitos por câncer de mama, as mulheres precisam estar aptas a conhecer o seu próprio corpo, realizar os exames de rastreamento quando necessário, identificar anormalidades e saber quando procurar o serviço de saúde para uma avaliação diagnóstica, reduzindo danos e aumentando a expectativa de vida.

Ao final do estudo proposto de construção e validação da cartilha, conclui-se que, quanto aos objetivos, estes foram alcançados, visto que houve a construção da cartilha e sua validação foi realizada por juízes, por meio de termos técnicos, ao atribuírem valorização que classificou a cartilha como adequada para que as mulheres possam se autoconhecer e, ao descobrir algo diferente, procurar um profissional da área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRETO, A.P.S.V. *et al.* Autoexame da mama: conhecimento e prática entre usuárias de uma unidade básica de saúde. *Temas em saúde*, v. 16, p. 37, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de mama. Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 24 fev. 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Detecção precoce do câncer de mama. Rio de Janeiro; 2018b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controlado-deteccao-precoce>>. Acesso em: 23 fev 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção do câncer de mama. Rio de Janeiro; 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controlado-prevencao>>. Acessado em: 22 fev 2020c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Promoção da Saúde. Rio de Janeiro; 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controlado-promocao-da-saude>>. Acesso em: 22 fev 2020d.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, p. 128, 2018a.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Conceito e Magnitude do Câncer de mama. Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>>. Acesso em: 24 fev 2020a.
- GABRIEL, H.G. *et al.* Quimioterapia, hormonioterapia e novas alternativas de tratamento do adenocarcinoma mamário. *Centro científico conhecer – Enciclopédia biosfera*, v. 14, p. 583, 2017.
- GONÇALVES, M.M. *et al.* Perfil dos pacientes oncológicos em uma unidade de pronto atendimento. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 8, p. 2595, 2018.
- PASQUALI, L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e educação*. 1ªed. Petrópolis: Vozes; 2017.
- POLIT; D.F. & BECK, C.T. *Fundamentos de pesquisas em enfermagem: avaliação em evidências para prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- ROSA, M.L. *et al.* Rastreamento mamográfico e a detecção do câncer de mama. *Revista de enfermagem UFPE*, v. 11, p. 4387, 2017.
- VIANNA, H.M. *Testes em educação*. São Paulo: Ibrasa; 1982.

22

A ATUAÇÃO DO (A) ENFERMEIRO (A) NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PUERPERAL EM CESÁREA

FILIAÇÃO

¹ Graduando(a) de Enfermagem da Faculdade Pitágoras – ICF, Teresina/PI.

² Graduando(a) de Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí- UFPI, Teresina-PI.

³ Graduando(a) de Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina/PI.

⁴ Graduando(a) de Enfermagem pelo centro universitário UNIFACID-WYDEN, Teresina-PI.

⁵ Mestre em filosofia pela Universidade Federal do Piauí-UFPI, Teresina-PI.

AUTORES

CAMYLLA BRUNA MEDINA LIMA¹

ANA CLARA MONTEIRO IBIAPINA¹

CARLOS HENRIQUE NUNES PIRES¹

DANIELE GOMES PEREIRA¹

ANDRÉ FELIPE DE CASTRO PEREIRA CHAVES²

ELLEN CRISTINA DA COSTA LEITE SOUSA²

ELLEN EDUARDA SANTOS RIBEIRO²

MARIA CLARA NASCIMENTO OLIVEIRA²

EMANUEL LOUREIRO LIMA³

JOÃO ALEXANDRE DA SILVA NETO³

JOÃO VICTOR DE CASTRO LIMA³

RENAN RODRIGUES FERREIRA LIMA⁴

LORENA MARIA DE MOURA SANTOS⁵

Palavras-chave: Cesariana; Puerpério; Infecções.

INTRODUÇÃO

As infecções puerperais consistem na infecção do trato genital durante o puerpério, acompanhada da febre puerperal, caracterizada por temperatura axilar maior ou igual a 38° C, manifestada após 24 horas do parto com duração mínima de dois dias. Elas são mais frequentes no puerpério de cesariana do que no parto normal devido o tempo prolongado de cirurgia, lesão acidental de órgão, cesariana de emergência, cesariana após início de trabalho de parto, antibioticoprofilaxia não realizada no tempo e dose indicados sendo necessárias medidas de prevenção e controle dessas infecções.

A importância do estudo da atuação do enfermeiro na infecção puerperal reside no fato de constituir se em uma das principais causas de morbimortalidade no período pós-parto sendo um importante problema de saúde pública que demanda as medidas de prevenção desses eventos nos serviços de saúde. Essas infecções geram complicações na saúde da mulher como a doença inflamatória pélvica (DIP) e infertilidade, que se não tratadas de forma adequada podem evoluir para sepse e conseqüentemente para óbito materno.

Entende-se que o papel do enfermeiro é fundamental para a prevenção das infecções puerperais em cesárea elaborando intervenções direcionadas as necessidades integrais e individuais da puérpera. Os cuidados do enfermeiro para o controle de infecção puerperal incluem principalmente a avaliação frequente de sinais vitais, escuta assíduas as queixas das puérperas e avaliação dos sinais clínicos.

Diante do exposto, o trabalho objetivou conhecer a importância das orientações do enfermeiro ao paciente no período pós-operatório de cesariana, sendo este um profissional da saúde competente e que desenvolve um trabalho eficaz, estando devidamente preparado para que não ocorram complicações no puerpério respondendo à questão norteadora: “Quais os cuidados de enfermagem no âmbito hospitalar para prevenir as infecções no puerpério de cesariana?”.

Sendo assim, é importante destacar que um dos principais objetivos da pesquisa em questão foi descrever o puerpério de cesariana. Além disso, buscou-se, também, discutir os fatores determinantes para a ocorrência de infecções no pós-operatório de cesárea e demonstrar a importância da atuação do enfermeiro na redução do risco de infecções no puerpério de cesariana

MÉTODO

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura caracterizada por pesquisa qualitativa e descritiva tendo como base de dados o Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Latino-Americano em Ciências da Saúde (LILACS) nos últimos dez anos usando as seguintes palavras-chaves: cesárea, infecção, enfermagem, assistência, cuidados, puerpério, obstetrícia.

Os critérios de inclusão para a amostra desta pesquisa foram todos os artigos que tiverem em seus títulos as palavras chaves relacionadas à temática proposta com o período de publicação nos anos de 1998 a 2019 e que tenha como colaboradores e pesquisadores do artigo pelo menos um enfermeiro. Após a seleção dos artigos será realizado uma leitura exploratória em seguida os artigos foram analisados e discutidos de forma analítica conforme o referencial teórico

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Puerpério de cesariana

O puerpério corresponde ao período do ciclo gravídico puerperal onde as modificações locais e sistêmicas decorrentes da gravidez e do parto no organismo da mulher retomam ao seu estado pré-gravídico. Segundo Vieira *et al.* (2010), o puerpério, ou período pós-parto, é a fase em que ocorrem manifestações involutivas ao estado pré-gravídico, das modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto. Didaticamente, pode ser dividido em três períodos: imediato (do 1º ao 10º dia após a parturição), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia).

De acordo com Santos (2011) o puerpério é considerado o período que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinados pela gestação no organismo materno retornam às condições normais. Durante esse período a puérpera necessita de cuidados para restabelecer sua rotina seja no parto normal ou na cesariana. A cesariana requer mais tempo para que a mulher retome suas atividades do cotidiano. O período do puerpério tem início logo após o

parto, durando aproximadamente três meses e é conhecido por ser a fase de maior interação entre mãe e bebê (BORDIGNON, 2011).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2017) define que o período após o parto é denominado puerpério. Tem duração média de seis semanas e se destina à completa recuperação do organismo da mulher, com intensas modificações físicas e psicológicas. Também ocorrem importantes mudanças relacionadas aos aspectos familiares e sociais. Em especial, nesse período, é necessário que tenha cuidado com a higienização do corpo, incluindo a higiene íntima com água e sabão. O banho proporciona bem-estar físico, além de ser importante aliado para diminuir o risco de infecções nesse período.

A cesariana é considerada um procedimento cirúrgico às vezes doloroso e marcante na vida mulher. Sell (2012) afirma que a cesariana, também denominada cesárea, é um procedimento cirúrgico para partos e se constitui em uma incisão (transversal ou longitudinal) feita na pele, acima da linha dos pelos púbicos, abrindo-se, sucessivamente, o tecido subcutâneo, a aponeurose dos músculos retoabdominais, separados os músculos na linha média, abrindo o peritônio parietal, o peritônio visceral e, depois, a parede uterina, de onde é extraído o feto, sendo executada logo após a retirada da placenta e revisão da cavidade uterina, para só então proceder-se à sutura dos planos anteriormente incisados.

A cesariana é realizada quando a vida da mãe está ameaçada e ou complicações fetais como retardo de progressão, sofrimento fetal agudo, desproporção feto-pélvica e as gestações de alto risco. O puerpério de cesárea é mais lento que no parto normal, devido o trauma abdominal na mulher que pode levar a desconfortos, como acúmulo de gases e diminuição da movimentação intestinal.

Atualmente, o Brasil é um dos países com maiores proporções de partos cesarianos no mundo, com o dobro da taxa máxima de 15% recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e cinco vezes maior nas unidades privadas. O grande número de partos cesarianos tem contribuído para o aumento das taxas de infecção puerperal no país, visto que a cesariana, por se tratar de um procedimento cirúrgico, tem maiores chances de infecção em comparação aos partos vaginais. Uma das principais complicações é a endometrite (BRASIL, 2017).

Segundo Kisner e Colby (1998), a reabilitação de cesariana é basicamente igual que para a paciente de parto vaginal. Contudo, cesariana é uma cirurgia abdominal que pode trazer complicações a esta puérpera como a infecção puerperal e hemorragia pós-parto.

No que diz respeito às complicações no puerpério de cesariana, Dias (2003) considera ainda que elas podem variar de eventos menores como um episódio de febre ou a perda maior de volume de sangue, até eventos maiores como lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos.

Na cesariana, além dos fatores de risco comuns para complicações infecciosas na gestação e no parto, existem os fatores relacionados à infecção de sítio cirúrgico caracterizados pelo tempo prolongado de cirurgia (a duração média estimada da cirurgia cesariana é de 56 minutos; acima desse tempo, o risco aumenta), cesariana de emergência, cesariana após início de trabalho de parto; antibioticoprofilaxia não realizada no tempo e dose indicados.

Duarte *et al.* (2014) abordam que as principais infecções puerperais são em pacientes submetidas à cesárea eletiva e que a taxa é três vezes mais elevada do que nas pacientes submetidas ao parto vaginal.

Rezende e Montenegro (2011) consideram que a realização simples de uma incisão feita durante a cirurgia cesariana pode ser uma porta de entrada de germes, levando a paciente a evoluir com frequência para uma infecção inicialmente local, atingindo pele e tecido subcutâneo, vencendo a barreira leucocitária, ela se alastra, aprofundando-se e atingindo tecidos moles profundos, fásia e músculos podendo atingir outros órgãos ou cavidades.

O puerpério de cesariana é acompanhado de incertezas para a puérpera devido as alterações hormonais, sociais e psicológicas sendo de suma importância uma assistência à saúde humanizada garantido todos os direitos destas prevenindo complicações que possam colocar em risco a sua saúde.

As infecções puerperais em cesariana

As infecções puerperais são infecções do trato genital durante o puerpério, acompanhada da febre puerperal, caracterizada por temperatura axilar maior ou igual a 38° C, manifestada após 24 horas do parto com duração mínima de dois dias. As causas podem ser bactérias do meio endógeno, oriundas da vagina e do reto, e do meio exógeno, microrganismos anaeróbios e aeróbios da flora do trato genitourinário e intestinal, sendo as principais bactérias: Estreptococos, Estafilococos, *Escherichia coli*, *Clostridium tetani*, *Clostridium welchii*, *Chlamydia* e Gonococos.

De acordo Lima *et al.* (2003), a infecção puerperal é descrita na literatura, em termos gerais, para se referir a processos infecciosos após o parto, seja por causas genitais, como infecções de útero, anexos e ferida operatória, ou por aquelas conhecidas como extragenitais, quando ligadas ao ingurgitamento mamário, mastite, tromboflebite, complicações respiratórias e infecções urinárias. Os agentes patogênicos da infecção puerperal são microrganismos anaeróbios e aeróbios da flora do trato genitourinário e intestinal.

A OMS define a infecção puerperal como todo e qualquer processo infeccioso materno causado por bactérias do trato genital e extragenital feminino, podendo iniciar no momento da ruptura das membranas amnióticas ou parto até 42 dias após (WHO, 2015). Caracterizando-se, dessa forma, pela presença de dois ou mais dos sinais e sintomas típicos, como febre, dor pélvica, atraso na involução uterina, perdas transvaginais com aspecto e odor anormais, incluindo também os processos infecciosos nas feridas operatórias de cesárea, episiotomia e mastites (WHO, 2015; BRASIL, 2017).

Estudos mostram que a infecção puerperal, se não tratada de forma adequada, pode evoluir para sepse. Cerca de 10% das mortes maternas no mundo são atribuídas à sepse, que é considerada a terceira causa direta de mortalidade nesta população, sendo superada apenas pelas complicações hemorrágicas e pela hipertensão. Estima-se que a sepse puerperal é responsável por cerca de 75.000 mortes maternas ao ano, especialmente nos países de baixa renda per capita. Os dados do SUS mostram que há 4,35 vezes mais riscos de infecção puerperal e que a mortalidade materna após a cesariana é de três vezes maior do que o parto normal ou abortamento (BRASIL, 2017).

Segundo Duarte *et al.* (2014) a cesariana é uns dos principais fatores associados à ocorrência de infecções puerperais, devido serem um procedimento invasivo com maiores riscos de finais prejudiciais, além das infecções, como hemorragias, acidentes anestésicos e tromboembolismo por fluidos amnióticos.

O risco de infecção puerperal em pacientes submetidos à cesárea eletiva é três vezes mais elevado que às submetidas parto vaginal. Ressalta-se que os principais fatores de risco são: ruptura

prematura das membranas ovulares e/ou trabalho de parto prolongados, manipulação vaginal excessiva (toques), más condições de assepsia, debilidade imunológica; desnutrição ou obesidade; traumas cirúrgicos; cesarianas desnecessárias e retenção de restos ovulares. Além dos fatores acima a infecção puerperal pode ser agravada diante de diversos fatores de risco como o diabetes e a obesidade (DUARTE *et al.*, 2012).

Segundo o MS (2006), diferentemente do parto normal, a cesárea tem associado a seu pós-operatório um grande número de complicações, das quais se pode citar maior risco de hemorragia e de adquirir infecções, como as de parede abdominal, endometriite e tromboflebite que após o parto são classificadas como infecções puerperais. Em outro aspecto, a cesárea propicia a penetração da microbiota da pele pelo local cirúrgico, visto que destrói a barreira cutânea protetora. Igualmente, a qualidade dos cuidados prestados à mulher no pré, intra e pós-operatório, como o preparo da parturiente, qualidade da técnica cirúrgica e de assepsia dos profissionais, retenção de restos placentários, hemorragia após o parto, contribui para o desencadeamento das infecções puerperais.

Os principais fatores de risco para a infecção puerperal são o parto cesáreo, a ocorrência de mecônio no líquido amniótico, o tempo de trabalho de parto, o número de toques vaginais, a rotura das membranas por seis horas ou mais, o uso de fórceps, os partos conduzidos por pessoas destreinadas, o uso de material sem higiene para a loquiação, a falta de cuidados pré-natal e a falta de banho no período pós-parto (OLIVEIRA& DIAS, 2012). Outros fatores são a amniorrexe, a desnutrição ou obesidade, os traumas cirúrgicos, as más condições de assepsia, a debilidade imunológica e a retenção de restos ovulares.

As infecções pós-parto, quando não levam ao óbito, podem gerar outras complicações, como a doença pélvica inflamatória e a infertilidade. Segundo Duarte *et al.* (2014), “[...] os cuidados do enfermeiro para o controle de infecção puerperal incluem principalmente a avaliação frequente de sinais vitais, escuta assídua das queixas das puérperas, prestar cuidados adequados nas incisões cirúrgico para o controle das infecções hospitalares.”

Lima *et al.* (2014) consideram que as infecções puerperais causam repercussões negativas à mulher e à sociedade, pois geram custos e comprometem a recuperação da puérpera nesse período, retardando o tempo de internamento e postergando o vínculo mãe, bebê e família. Cabe, portanto, uma assistência à saúde de qualidade para evitar casos de infecções no puerpério de cesariana, onde a Rede Cegonha deve ser implementada em todas as fases do ciclo gravídico, sendo o enfermeiro importante para as execuções das ações no pré e pós parto.

Atuação do enfermeiro na prevenção da infecção no puerperal de cesariana

A assistência de enfermagem no puerpério envolve ações de promoção, proteção e reabilitação que visam prevenir complicações no pós-parto tendo como foco a integralidade do cuidado promovendo uma visão holística da mulher. Esta assistência começa durante o pré-natal na Unidade Básica de Saúde, na promoção de ações preventivas e de recuperação da saúde, onde o enfermeiro conhece os determinantes sociais de saúde em que a gestante está inserida gerando um vínculo com ela.

Segundo Duarte *et al.* (2014), os cuidados de enfermagem são baseados em princípios científicos, onde é destacada a importância do compartilhamento de práticas e saberes, entre o enfermeiro a equipe e a puérpera. Assim, ações educativas passam a transformar e construir uma estratégia potencializadora do cuidado de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Faz-se

necessário o domínio da fisiologia, anatomia e sociologia, dentre outras ciências, para embasar todas as ações direcionadas às necessidades da puérpera e tornando-as práticas profissionais do enfermeiro bem mais elaboradas no contexto das infecções puerperais. O enfermeiro deve elaborar intervenções voltadas a abordagem holística da puérpera, com cuidados direcionados as necessidades reais destas.

O enfermeiro para prevenir eventuais complicações no período pós-parto deve dar atenção humanizada, integral e holística e que ressalte ações para o autocuidado da mulher; nunca deixar de lado passos importantes da anamnese no puerpério, como a identificação, queixa principal, história atual, antecedentes pessoais, familiares, menstruais, sexuais, obstétricos, mamários, corrimento, queixas urinárias, gastrintestinais e orientando em todas as etapas para se evitar infecções puerperais. Até o 3º ou 4º dia pós-parto, os exames físicos indispensáveis, a serem realizados são: temperatura, pulso e pressão, palpação da mama, útero, bexiga e intestino, exame dos lóquios, inspeção do períneo, exame dos membros inferiores, resposta emocional e sinal de Homans, além de usar antibioticoterapia profilática após uma avaliação minuciosa, limpar a vagina com solução antisséptica e cuidados indiretos como, supervisão, fiscalização e acompanhamento nos centros de materiais e esterilização, para diminuir as infecções puerperais (BELERT, 2015).

O enfermeiro tem como essência e fundamento da profissão o cuidado ao ser humano. Seu papel é reconhecido pela capacidade e habilidade de compreender o receptor de seu cuidado, ou seja, o indivíduo como um todo (MAZZO *et al.*, 2014).

Andrade *et al.* (2015) abordam que o enfermeiro é considerado o profissional central na assistência ao puerpério. Apesar da relevância das orientações durante o pré-natal, muitas vezes, é no puerpério que a atuação profissional se faz imprescindível.

Cabe ao enfermeiro a função primordial, uma vez que este profissional realiza os cuidados as puérperas e cuida da desinfecção/esterilização dos materiais. Além disso, o enfermeiro avalia se a puérpera tem capacidade de desenvolver o autocuidado em domicílio. Eles estão diretamente envolvidos na assistência dada para as pacientes portadoras de abscesso de parede pós-cesárea, que é uma das infecções puerperais, na realização de curativo e na avaliação do aspecto da ferida cirúrgica.

Nas intervenções de enfermagem o principal foco é proporcionar uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, sendo um facilitador desse processo. É necessário que haja um espaço em que a puérpera possa expressar seus medos, suas ansiedades e suas dificuldades. O enfermeiro tem como uma de suas funções no pós-parto acompanhar a parturiente através de visitas domiciliares e da consulta puerperal. Os cuidados e a orientação referentes ao período pós-parto devem estar presentes desde o pré-natal, no intuito de amparar a gestante nesta nova experiência em seu contexto familiar. Diante desta preparação, calcula-se que o retorno da mulher para a unidade para consulta pós-parto se mantém, devido à assistência e ao acolhimento prestado pela equipe durante a gravidez (ANGELO & BRITO, 2014).

A assistência humanizada contribui para aprimorar as práticas assistenciais, apresentando como fundamento a diminuição das cesáreas, favorecendo assim o parto normal, o que favorece a diminuição da infecção puerperal. O enfermeiro atua na essência da assistência, tanto para estimular o parto humanizado, quanto na sua função de acompanhar de forma adequada todas as fases do ciclo gravídico. As ações do enfermeiro contribuem para evitar as complicações no pós-parto de cesariana, como as infecções, e se manifestam por meio da humanização dos cuidados através da integralidade no atendimento à parturiente, com aparato tecnológico, conhecimento técnico

científico aprimorado da anatófisiologia humana, realização dos procedimentos de forma a atender a segurança do paciente, cuidados adequados à mulher após a cesárea visto que a incidência é maior nesse tipo de parto. Há necessidade também da vigilância após a alta, elaboração de programas de controle de infecção hospitalar e a busca ativa de casos de infecção contribuindo para a redução dos riscos de infecção puerperal na cesariana.

CONCLUSÃO

O modelo assistencial de parto predominante no Brasil é a cesárea e o grande número de intervenções durante o parto contribuem drasticamente para a ocorrência das infecções puerperais. A cesariana pode ser uma porta de entrada de germes, levando a paciente a uma infecção inicialmente local, que pode evoluir para um quadro mais grave como a sepse gerando o óbito da mesma ou complicações na sua saúde.

Durante a pesquisa, observou-se que uma assistência humanizada no pós-operatório de cesariana com profissionais da área da saúde, tanto no ambiente hospitalar, quanto na atenção básica, qualificados e focados no bem estar da mulher, orientando-a quanto aos cuidados com a ferida operatória e higiene pessoal contribuíram de forma significativa para prevenir infecções.

Compreende-se que a atuação do enfermeiro é de suma importância para a prevenção das infecções em cesariana, pois ele embasado na sistematização operacionaliza os cuidados de enfermagem com atenção humanizada, integral e holística ressaltando as ações para o autocuidado, histórico de enfermagem no pós-parto, supervisão nos centros cirúrgicos e acompanhamento nos centros de materiais e esterilização. Essas ações contribuem para evitar complicações e proporcionar um puerpério tranquilo e de qualidade para a mulher retornar as suas atividades diárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, R. D.; SANTOS, J.S; MAIA, M. A.C ; MELO, D. F. de. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. Revista Anna Nery, v. 19, 2015.
- ANGELO, B.H.B.& BRITO, R.S. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência. Revista Rene, v.13, p.1163, 2012.
- BELERT, J. Infecção no período puerperal: implicações para a enfermagem. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro, 2015.
- BORDIGNON, J. S.; LASTA, L. D. ; FERREIRA, E. M.; WEILLER, T. H. Depressão puerperal: definição, sintomas e a importância do enfermeiro no diagnóstico precoce. Revista Contexto & Saúde, v. 10, p. 875-880, 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, volume 1. Brasília, 2017.
- DIAS, M.A.B. et. al. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p.109, 2004.
- DUARTE, M.R. et.al. Atuação do enfermeiro no controle de infecção puerperal: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE, v. 8, p. 433, 2014.
- KISNER, C.& COLBY, L. Exercícios Terapêuticos: fundamentos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Manole, 1998. p.595-606.
- LIMA, D.M. Fatores de riscos para infecção no puerpério cirúrgico. Cogitare Enfermagem, v. 19, p. 734, 2014.
- MAZZO, M.H.S.N. et al. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. Revista de Enfermagem da UERJ, v.22, p.663, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- OLIVEIRA, J. R.; DIAS, C.M.C.C. Fatores de risco da infecção puerperal: revisão bibliográfica. 11 p. Dissertação (Especialização em Enfermagem Obstétrica). Salvador, 2012.
- REZENDE, F.J. & MONTENEGRO, B.C.A. Obstetrícia: Fundamental. 12ª ed. Guanabara Koogan; 2011.
- SANTOS, E.K.A.D. Cuidado de enfermagem à mulher no período puerperal. In: BRUGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. dos. Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal. Curitiba: Progressiva, 2011.
- SELL, S.E.et. al. Olhares e saberes: vivências de puérperas e equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana. Texto e Contexto – Enfermagem, v. 21, p. 766, 2012.
- VIEIRA, F. et. al. Diagnósticos de enfermagem na Nanda no período pós-parto imediato e tardio. Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem, v. 14, p. 83, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: WHO, 2015.

23

UTILIZAÇÃO DE MÍDIAS SOCIAIS COM FOCO NO EMPODERAMENTO FEMININO EM TEMPOS DE PANDEMIA

FILIAÇÃO

¹ Graduada em enfermagem pelo Centro Universitário INTA-UNINTA, Sobral/CE.

² Discente de Enfermagem, Centro Universitário INTA-UNINTA, Sobral/CE.

³ Docente de enfermagem, Centro Universitário INTA-UNINTA, Sobral/CE.

AUTORES

ANAILDA FONTENELE VASCONCELOS¹

CELINA JÚLIA CRISPIM SILVA²

ELANE CRISTINA FERNANDES LIMA SOUSA²

FRANCISCA GEISA SILVA MARTINIANO²

FRANCISCA KERLANIA ALVES DE CARVALHO SILVA²

LEONARDO RODRIGUES DE SOUSA FERREIRA²

MARIA FERNANDA DE OLIVEIRA ARAÚJO²

VITÓRIA CUNHA LIMA²

GESSICA NOHARA MOURA VASCONCELOS²

IGOR CHAVES ROCHA SOUSA²

MARIA JOSIANE TORRES DE LIMA²

QUIRIANE MARANHÃO ALMEIDA³

Palavras-chave: Saúde das Mulheres, Infecções por Coronavírus, Mídias Sociais.

INTRODUÇÃO

A pandemia pela COVID-19 não é apenas um problema de saúde, ela é considerada um choque profundo para nossa sociedade, colocando em evidência uma crise de prestação de cuidados, em especial ao gênero feminino (SANTOS *et al.*, 2020). A violência contra a mulher e violação de seu empoderamento são fenômenos que têm ganhado grande repercussão nacional e mundial nesse contexto pandêmico, onde dados iniciais indicam que a mesma está tendo consequências sociais e econômicas devastadoras, podendo, inclusive, reverter o progresso limitado feito na igualdade de gênero e nos direitos das mulheres (BARBOSA *et al.*, 2020).

Ao capturar a vivência dessas mulheres durante a pandemia, observa-se a precarização dos vínculos de trabalho, o desemprego, a dupla jornada de trabalho (remunerado e não remunerado) exercida em casa e fora dela, o que resulta em mais violências, sobretudo institucionais, pois a injusta divisão sexual do trabalho em nossa sociedade sobrecarrega as mulheres, a quem é confiado também o trabalho de cuidadora dos membros da família (UFPB, 2020).

Além do mais, as mulheres que são sobreviventes de situações violentas, nesse contexto de pandemia, vêm enfrentando mais obstáculos para fugir dessas situações, fatores esses que são o corte orçamentários, restrição ao movimento por conta da quarentena que acaba dificultando o acesso para serviços essenciais e ordens de proteção para salvar suas vidas. Sendo assim, durante a

estratégia de confinamento para o enfrentamento da COVID-19 foi registrado um número record de pedido de divórcios, e esta tem sido o principal responsável pelo crescimento da violência doméstica, indicando um grande aumento de conflitos conjugais (BARBOSA *et al.*, 2020).

Portanto, diante deste contexto, vislumbrou-se que o uso de mídias sociais como único meio favorável a ser utilizado nesse contexto pandêmico, para propor ajuda e a disseminação de informações sobre esses aspectos e meios de promoção para saúde da mulher.

O objetivo deste estudo foi relatar a violação do empoderamento feminino em tempos pandêmicos através de mídias sociais.

MÉTODO

Estudo descritivo do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, realizado no mês de maio de 2020, mediados por acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem de um Centro Universitário, oriundos da vivência da disciplina de Saúde da Mulher. Foram confeccionados vídeos didáticos, cada acadêmico criou o seu pequeno vídeo, com frases motivacionais e de incentivo, um dos alunos demonstrou dicas de como sair de uma situação de violência, através de *softwares* educativos, mostrando informações sobre a temática, contextualizando o empoderamento feminino nos dias atuais através de relatos, paródias, dados e encenações. Após a finalização os mesmos foram apresentados pela plataforma Google meet (figura 5), com a presença de algumas mulheres convidada pelos acadêmicos, que se prontificaram voluntariamente em participar do estudo e posteriormente publicados nas redes sociais, assim ganhando maior visibilidade da temática em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

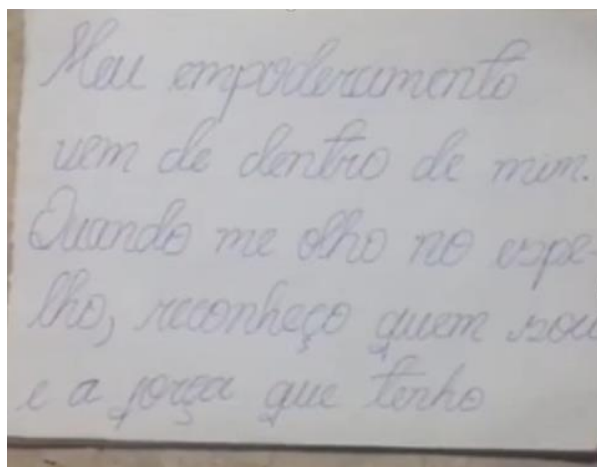
O uso dos vídeos trouxe grande engajamento tanto entre os alunos, quanto com o público. As publicações tiveram inúmeros acessos e interações, como curtidas, compartilhamentos, comentários relatando experiências e trocas de opiniões, assim como as apresentações pelas plataformas digitais, causou grande impacto entre os acadêmicos, professores e voluntárias, gerando grandes expectativas em gerar qualidade de vida. Assim, pode-se evidenciar as grandes transformações sofridas pelas mulheres no período de pandemia. É nítido, percebido pelo engajamento, que realmente a temática em questão é um problema nacional ou até mundial, tornando assim, a sociedade responsável para eventuais mudanças no atual momento e fortalecimento diário do empoderamento feminino, contando com a popularização da internet e das redes sociais, que se tornaram ferramentas versáteis de ensino e de grande valia para a disseminação de informações e promoção da saúde, ressaltando-se sempre que se usadas de forma correta.

Portanto, observou-se que mulheres precisam de maiores informações sobre essa temática, a pandemia de alguma forma deixou as mulheres vulneráveis, as mídias sociais foram as únicas maneiras de se obter uma aproximação de pacientes e mulheres que sofrem com algum tipo de violência, através das mídias sociais, é possível promover as mulheres, cuidar e demonstrar proteção. Muitas mulheres buscam entendimento, estudos e informações através das mídias sociais, por conta disso, observou-se a importância de publicar os vídeos nas redes sociais para que mais mulheres fossem alcançadas.

Entretanto, de alguma maneira, mesmo em período de isolamento social, as mulheres foram ouvidas, acolhidas e protegidas. Algumas mulheres tiveram receio de participar do momento, mas no decorrer das instruções, participaram e deram suas opiniões, relataram experiências e garantiram que iriam assistir o vídeo e colocar em prática tudo o que foi repassado. A maior dificuldade dos alunos foi o receio de que aquele sentimento de empoderamento e liberdade fosse somente no momento da gravação do vídeo e da falta de ter o contato físico, não poder conhecer pessoalmente o grupo de mulheres.

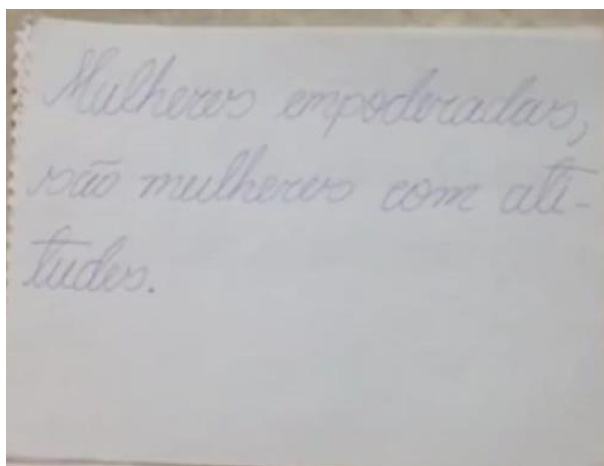
Sendo assim, foram escritas placas pelos alunos, que foram colocadas no vídeo que complementam a paródia. As frases eram de ânimo e incentivo para as mulheres não se sentissem inferior aos homens, para que as mulheres conheçam os seus valores como mulheres e ajude-as a compreender seu papel como mulher, ensinamentos de o que é empoderamento feminino e no decorrer das gravações, alunos demonstram dicas de como sair de uma situação de violência. (Figuras 1, 2 e 3).

Figura 1. Imagem cortada do vídeo, descrevendo o que é o empoderamento.



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Figura 2. Imagem cortada do vídeo, descrevendo o que a opinião das mulheres sobre empoderamento



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Figura 3. Imagem cortada do vídeo, de umas das alunas dando dicas de como sair de uma situação de violência



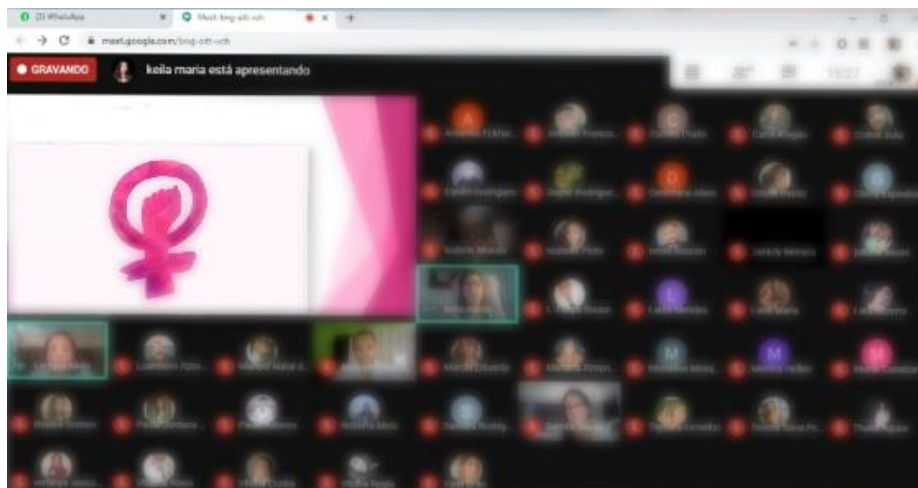
*Foto autorizada. **Fonte:** elaborado pelo autor, 2020.

Figura 4. Imagem cortada do vídeo, de um dos alunos dando dicas de como sair de uma situação de violência



*Foto autorizada. **Fonte:** elaborado pelo autor, 2020.

Figura 5. Dia apresentações pelo Google Meet®



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

CONCLUSÃO

O cenário de pandemia trouxe uma série de agravantes para a situação de muitas mulheres. **Então, transmitir** a dimensão do problema com informação de fácil entendimento e propor soluções para preservar os direitos e à vida é essencial. Diante de mudanças de paradigmas que tangem tanto às formas de ensinar, como de aprender, evidenciou-se que as redes sociais foram grandes aliadas ao problema em questão.

Entretanto, percebeu-se a importância da abordagem do tema para mulheres em período de isolamento social, onde o índice de violência doméstica tem crescido e mulheres se tornaram vulneráveis sem ter como, muitas vezes, como procurar ajuda. Além do mais, as mulheres participantes do estudo se mostraram atentas e, demonstraram sentimento de gratidão, por se tratar de apresentação bem diferente do comum, percebeu-se a grande relevância das mídias digitais no contexto pandêmico.

Sendo assim, com este estudo espera-se contribuir para a qualidade de vida das mulheres, promover esclarecimentos para elas e promover a diminuição dos índices de violência contra mulheres, com dicas e ensinamentos que podem salvar vidas dessas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, M.P.J. *et al.* Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela covid-19. Cad. Saúde Pública, 2020. (Preprint)

SANTOS, G.B.M. *et al.* Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela COVID-19. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n3,2020.

UFPB, Pandemia da Covid-19 afeta mais as mulheres, afirmam pesquisadores da UFPB, 2020. Disponível em: <<https://www.ufpb.br/ufpb/contents/noticias/pandemia-da-covid-19-afeta-mais-as-mulheres-afirmam-pesquisadoras-da-ufpb>>. Acesso em: 5 jun. 2020.

24

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM PERÍODO DE PANDEMIA

FILIAÇÃO

¹ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Inta - UNINTA.

^{2,5} Discente de Enfermagem do Centro Universitário Inta - UNINTA.

³ Discentes do curso de Direito do Centro Universitário Inta - UNINTA.

⁴ Residente em Saúde da Família Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP.

⁶ Docente do curso de Direito do Centro Universitário Inta - UNINTA.

AUTORES

ANAILDA FONTENELE VASCONCELOS¹

CELINA JÚLIA CRISPIM SILVA²

FRANCISCA GEISA SILVA MARTINIANO²

JAQUELINE PORTELA DE SOUSA³

MARIA FERNANDA DE OLIVEIRA ARAÚJO³

MARIA JOSÉ DIAS GONZAGA⁴

MARIA JOSIANE TORRES DE LIMA⁵

MARIA DO NASCIMENTO BARROS⁵

DR. MICHELE FERREIRA MAIS⁶

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Isolamento Social; Pandemia.

INTRODUÇÃO

No ano de 2020, iniciou-se no mundo uma pandemia viral pelo coronavírus, que desencadeia uma síndrome respiratória aguda. A Organização Mundial de Saúde chama a atenção para a violência como um problema de saúde pública, um alerta que a violência contra a mulher vem aumentando desde o início da pandemia de COVID-19.

Em situações de pandemia, os indicadores de países como China, Espanha e Brasil evidenciaram casos de violência já existentes se agravando e, ao mesmo tempo, emergindo novos casos. (ONU, 2020). Na China, os números da violência doméstica triplicaram; na França houve um aumento de 30% das denúncias e, no Brasil, estima-se que as denúncias tenham aumentado em até 50%. A Itália, assim como os demais países, também indicou que as denúncias de violência doméstica estão em ascensão (CAMPBELL, 2020).

Com grande parte do mundo sob quarentena, um dos efeitos da pandemia é o aumento na violência contra as mulheres, especialmente a violência doméstica perpetrada por parceiros íntimos, pois as mulheres estando isolada do seu convívio social e confinada com o agressor. De acordo com a OMS, a violência pode ser de natureza física, sexual, psicológica, em forma de privação ou abandono (ONU, 2020).

A pandemia tem desencadeado alterações bruscas na vida das famílias e da sociedade em geral. As medidas de quarentena e restrições nos deslocamentos, necessárias para prevenir ou

diminuir a taxa de transmissão da COVID-19, prejudicou a rotina de modo geral, adicionando novos focos de tensionamento e estresse (RABELO, 2020).

Em função das medidas de segurança preconizadas para reduzir a transmissão viral, foi necessário o isolamento social, o que levou as pessoas ficarem isoladas dentro de casa, mulheres convivendo com o agressor, os deixando mais expostos ao adoecimento e à violência.

Isso se torna preocupante, pois os aumentos de casos de violência doméstica têm consequências que afetam a saúde individual e coletiva, bem como os serviços do setor de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar a violência doméstica durante o isolamento social causado pelo COVID-19.

MÉTODO

O levantamento bibliográfico foi utilizado bases de dados online em fontes do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMDH) e da Lei 11.340/2006, no período de março de 2020 a junho de 2020. A segurança da Lei 11.340/2006 rege que toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual (BRASIL, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O principal efeito negativo da pandemia, originada pela COVID-19, foi o número crescente de mulheres que passaram a serem violentadas com mais frequência no período da quarentena, não estando seguras em seu próprio domicílio.

De acordo com os dados indicados de ligações e denúncias de violência contra a mulher a partir do Ligue 180, a quarentena recomendada por governos estaduais e municipais como forma de conter a propagação da COVID-19 provocou um aumento de aproximadamente 9% no número de ligações para o canal que recebe denúncias de violência contra a mulher.

O Ligue 180, é a Central de Atendimento a Mulher, um canal gratuito e confidencial com objetivo de receber denúncias de violência, reclamações sobre os serviços de atendimento a mulher e orientá-las sobre os seus direitos e legislação vigente, encaminhando-as para os serviços da rede de atenção a saúde quando necessário. O canal é administrado pela Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, o Disque 100 e o Ligue 180 funcionam 24 horas por dia, inclusive finais de semanas e feriados. Podem ser acionados de qualquer lugar do Brasil e de vários países do exterior. Os canais de atendimento acolhem, registram, analisam e encaminham as denúncias aos órgãos de proteção (BRASIL, 2020).

Segundo a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), a média diária entre os dias 1 e 16 de março de 2020 foi de 3.045 ligações recebidas e 829 denúncias registradas, contra 3.303 ligações recebidas e 978 denúncias registradas entre 17 e 25 deste mês. A porcentagem equivale a 8,47% de ligações recebidas no ligue 180 e 17,9% de denúncias registradas entre os nove dias do mês de março (BRASIL, 2020). Isso se deve ao fato de o confinamento obrigar a vítima a conviverem com seus

agressores por longos períodos, em que na maioria das vezes, o agressor é uma pessoa da família ou então muito próxima.

Contudo, as consequências da violência contra as mulheres não se limitam à ordem psíquica, também se apresentam como sequelas físicas. As consequências da violência para a vida da mulher são marcas físicas, anulação do sujeito, aborto provocado, depressão, sequelas físicas e emocionais, como o medo e agravos a qualidade de vida das mulheres vitimizadas em diversos aspectos (LUCENA et al., 2016). Diante de ocorrência a violência demanda, entre vários setores que trabalham com intervenção, ações de saúde, judicial, policial e psicossocial.

Conforme a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, gerou mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. De acordo com o Art. 3º, serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

O crescimento de violências domésticas contra a mulher no período da pandemia necessita-se de um olhar do poder público em desenvolver políticas públicas com interface em diversas áreas visando a reduzir ou eliminar a violência, amenizando os impactos na saúde das vítimas. Conforme 1º Lei Maria da Penha, o poder público desenvolverá políticas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2011).

Visto a aplicabilidade e eficácia da Lei n. 11.340/2006 que trouxe amparo para os casos de violência, surgiu como uma possibilidade jurídica para resguardar os direitos da mulher, a qual aprega que a violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos.

Outro fator evidenciado são os impasses das vítimas nesse período de pandemia em efetivar a denúncia à delegacia aumentaram, visto que as dificuldades em realizar um boletim de ocorrência devem-se aos motivos, de estarem refém do agressor, serem ameaçadas caso denunciem, impedidas de sair do domicílio, dificuldade em acesso a aparelhos eletrônicos, internet e transportes públicos. A locomoção à delegacia mais próxima e o horário de atendimento nas delegacias é incompatível com os horários disponíveis da mulher, em quando ela não se encontra com o agressor e a dependência emocionalmente e financeiramente ao agressor. A luta a proteção à mulher deve ser escutada e respeitada, a favor da igualdade de gênero e direitos, sem que sejam machucadas, violentadas e expostas a uma sociedade que oferece riscos de violência.

Vê a importância do olhar atento e crítico no contexto de violência doméstica, visando à prevenção da violência, à conscientização, o fortalecimento da mulher, à promoção da qualidade de vida, garantindo os direitos humanos das mulheres a fim de assegurar oportunidades e proteção para viver sem violência.

Destaca-se que os serviços oferecidos às vítimas do fenômeno sejam realizados por equipe multidisciplinar, ofertando cuidados diante das consequências físicas, psicológicas e emocionais. Deve-se ter uma visão holística da vítima acerca as consequências da violência, para que a atuação do profissional seja efetiva.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer de maneira mais concisa o cenário atual a respeito do tema e detectar lacunas, permitindo contribuir e avançar para o desenvolvimento do conhecimento acerca desse problema social e de saúde pública. É possível reduzir o impacto da violência na saúde e no bem-estar da mulher. Tais intervenções também têm o potencial para ajudar a prevenir futuros episódios de violência detectar, prevenir ou reduzir a violência doméstica.

Diante desse quadro, ressalta-se a importância de elaboração de estratégias de prevenção e trabalhos comunitários, direcionados para homens e mulheres, a articulação com a rede de atenção a saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), atividades em grupos de diálogo na comunidade, nas escolas e universidades em trabalhar em ações e campanhas no combate a violência contra a mulher, eventos públicos com grupos de discussão e visitas domiciliares com o intuito de prevenir e esclarecer questões sobre a violência doméstica. Essas estratégias tem o intuito de conscientizar o papel da mulher na sociedade, enfatizando as condições em direito à vida, à segurança, à saúde, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

O tema proposto se caracteriza como despertar na realização de novos estudos em diversas vertentes, sendo, de tal maneira, condição necessária para transpor lacunas e desafios nesse campo e assim permitir a elaboração de novos mecanismos que ajudam essas mulheres a denunciar de forma segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei Maria da Penha e Legislação Correlata. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, p. 58, 2011. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496319/000925795.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Coronavírus: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/todas-as-noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena>. Acesso em: 15 nov. 2020.

CAMPBELL, A. M. An Increasing Risk of Family Violence during the Covid-19 Pandemic: Strengthening Community Collaborations to Save Lives. Forensic Science International: Reports, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340597042_An_Increasing_Risk_of_Family_Violence_during_the_Covid-19_Pandemic_Strengthening_Community_Collaborations_to_Save_Lives. Acesso em: 15 nov. 2020.

LUCENA, K.D.T. *et al.* Analysis of the cycle of domestic violence against women. Journal of Human Growth and Development, v. 26, p. 139, 2016.

ONU, Organização das Nações Unidas. Violência contra mulheres e meninas é pandemia das sombras. 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artgoviolenca-contra-mulheres-e-meninas-epandemia-das-sombras/amp>. Acesso em: 15 nov. 2020.

RABELO, I.V.M. *et al.* Violência Doméstica e Familiar na Covid19. Cartilha de Atenção Psicossocial e Saúde Mental do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES/Fiocruz). P. 1-22, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41121/2/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-viol%c3%ancia-dom%c3%a9stica-e-familiar-na-Covid-19.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

25

TROMBOFILIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ASPECTOS DA ACESSIBILIDADE À ENOXAPARINA EM MINAS GERAIS

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA, Juiz de Fora, MG.

² Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, Juiz de Fora, MG.

³ Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, MG.

⁴ Médica Hematologista da Fundação Hemominas, Juiz de Fora, MG.

AUTORES

RODRIGO DE MARTIN ALMEIDA¹

AMANDA DO CARMO GUSMÃO¹

TÁSSIA MARIANA MOREIRA DA PAZ²

THAIS SETTE ESPÓSITO²

NATHALIA NOYMA SAMPAIO MAGALHÃES¹

JORDANA ALÍCIA SILVEIRA LOPES³

OLIVIA FRANCO DOS SANTOS³

DANIELA DE OLIVEIRA WERNECK RODRIGUES⁴

Palavras-chave: Enoxaparina; Gravidez; Trombofilia.

INTRODUÇÃO

A trombofilia é uma patologia caracterizada pela predisposição à trombose, que está intimamente relacionada à ocorrência de tromboembolismo venoso (TEV), sendo responsável por mais da metade dos eventos tromboembólicos durante o período gestacional (SIMCOX *et al.*, 2015). Estima-se que a incidência global de TEV esteja entre 0,76 e 1,72 por 1000 gestações e que nos Estados Unidos seja responsável por 9,3% das mortes maternas (BRASIL, 2018a; JAMES, 2011; OBSTETRICIANS, 2018). Isso se deve ao fato de que o período gestacional altera o sistema hemostático determinando um estado de hipercoagulabilidade transitória devido à redução das heparinas naturais por hemodiluição e estase sanguínea, aumentando o risco de eventos tromboembólicos em mulheres já predispostas de forma hereditária (SIMCOX *et al.*, 2015). São fatores de risco associados à trombofilia: doença falciforme, lúpus eritematoso sistêmico, tabagismo, gravidez múltipla, idade superior a 35 anos, obesidade e cesárea (JAMES *et al.*, 2006).

A alteração fisiológica da gestação no processo de coagulação é decorrente da elevação dos níveis séricos de fibrinogênio e da exacerbação da atividade dos fatores de coagulação VII, VIII, X e Fator de Von Willebrand (VOICU *et al.*, 2020). No segundo e terceiro trimestres do período

gestacional, ocorrem aumento da resistência à proteína C ativada e diminuição da função da proteína S devido a alterações no nível de antígeno da proteína S total, com redução das atividades das “heparinas naturais”. Do ponto de vista semiológico, há mudanças físicas na gestante que resultam em maior risco do estado trombótico por elevação da pressão nas veias pélvicas do útero gravídico e diminuição do fluxo venoso nas extremidades inferiores, resultando em estase sanguínea (BATTINELLI *et al.*, 2013).

A trombofilia na gestação está relacionada a um maior risco de pré-eclâmpsia, perda fetal, restrição de crescimento intrauterino, abortos de repetição, parto prematuro, descolamento placentário e tendência à trombose arterial e venosa (VOICU *et al.*, 2020; SIMCOX *et al.*, 2015; BRASIL, 2018; BATTINELLI *et al.*, 2013; KHALAFALLAH *et al.*, 2014). Dessa forma, as trombofilias adquiridas e hereditárias merecem atenção especial durante a gravidez, já que sua presença pode impactar o desfecho do parto e determinar intercorrências graves durante a gestação e puerpério (BATTINELLI *et al.*, 2013).

O rastreamento para trombofilia com exames laboratoriais não está indicado de rotina. As indicações para o estudo são: gestantes com história pessoal de TEV, com ou sem fator de risco recorrente e sem teste de trombofilia prévio, ou gestantes com história familiar de trombofilia hereditária de alto risco em parentes de primeiro grau (BRASIL, 2018).

A trombofilia adquirida com maior prevalência e risco no período gestacional é a Síndrome Antifosfolípide (SAF), uma doença sistêmica autoimune caracterizada por trombose arterial e venosa, morbidade gestacional e pela presença de níveis séricos de anticorpos antifosfolípídeo elevados e persistentemente positivos (BRASIL, 2018a; LOPES *et al.*, 2017; LINNEMANN, 2018; CERVERA, 2017; DANOWSKI *et al.*, 2013). Os critérios clínicos e laboratoriais para diagnóstico da SAF estão descritos na Quadro 1.

Quadro 1. Critérios Clínicos e Laboratoriais para o Diagnóstico de SAF

<i>Pelo menos um critério clínico</i>
Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial
Histórico de pelo menos três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente
Histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfologicamente normal e sem causa aparente
Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária
<i>Pelo menos um critério laboratorial (em duas ou mais ocasiões com intervalo mínimo de 12 semanas)</i>
Anticoagulante lúpido detectado
Anticardiolipinas IgG ou IgM em títulos moderados a altos
Anti-beta2glicoproteína1 IgG ou IgM presentes

Fonte: RAND, 2007.

Em relação às trombofilias hereditárias, as de maior importância são as mutações genéticas no fator V de Leiden com resistência à Proteína C ativada, mutação no gene da Protrombina

(G20210A), deficiências de Antitrombina, da proteína C e da proteína S livre (VOICU *et al.*, 2020; SIMCOX *et al.*, 2015; BRASIL, 2018a). As perdas gestacionais até a 12^a semana de gestação estão mais associadas à SAF e às mutações no Fator V de Leiden e no gene da Protrombina, enquanto a deficiência das proteínas C e S da coagulação correlacionam-se com perdas tardias (SIMCOX *et al.*, 2015). A Tabela 1 mostra as prevalências das diversas formas de trombofilia na população em geral e o risco relativo de agravamento em mulheres grávidas.

Tabela 1. Prevalência de Trombofilia e Risco Relativo Estimado de Complicações em Gestantes

	Deficiência de Antitrombina	Deficiência de Proteína C	Deficiência de Proteína S	Fator V de Leiden	Mutação do Gene da Protrombina	SAF
<i>Prevalência na população geral</i>	0,02%	0,20%	0,03-0,13%	3-7%	0,7-4%	1%-5%
<i>Risco Relativo de Complicações na Gestação</i>	1,3-3,6	1,3-3,6	1,3-3,6	1,0-2,6	0,9-1,3	2,5%

Fonte: BRASIL, 2018a; SANTAMARIA *et al.*, 2005; LOPES *et al.*, 2017.

Em 2010, 4,2% das causas de mortalidade materna no Brasil estavam relacionadas a distúrbios do aparelho circulatório complicados pela gestação, pelo parto e pelo puerpério. É de fundamental importância o reconhecimento precoce pela equipe de Atenção Primária de Saúde de gestantes com risco aumentado para evento tromboembólico, para que seja realizado acompanhamento rigoroso do quadro e, se necessário, indicação de trombopprofilaxia com o objetivo de minimizar os impactos negativos relacionados à trombofilia. A trombopprofilaxia está associada a um aumento de desfechos favoráveis, e o uso de Enoxaparina (EP) exerce um efeito neutralizante sobre os mecanismos pró-inflamatórios e de citocinas envolvidos nas perdas gestacionais (BRASIL, 2018a).

A EP é uma heparina de baixo peso molecular obtida pela despolimerização alcalina do éster benzil heparina, derivado da mucosa intestinal suína. É caracterizada por uma baixa atividade antitrombótica, pela capacidade de inativação do fator Xa (proporção anti-Xa e anti-IIa de 2:1 a 4:1) e por atividade anti-inflamatória, exercendo assim seu efeito anticoagulante (BRASIL, 2018a; FAREED *et al.*, 2003). Dentre as vantagens desse fármaco, cabe citar: não passagem pela barreira placentária, fácil esquema posológico e menor risco de sangramento (BRASIL, 2018a).

O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento na literatura acerca dos aspectos da anticoagulação nos casos de gravidez de alto risco e analisar o fluxo de solicitação e acesso a anticoagulantes por gestantes com trombofilia no estado de Minas Gerais, Brasil.

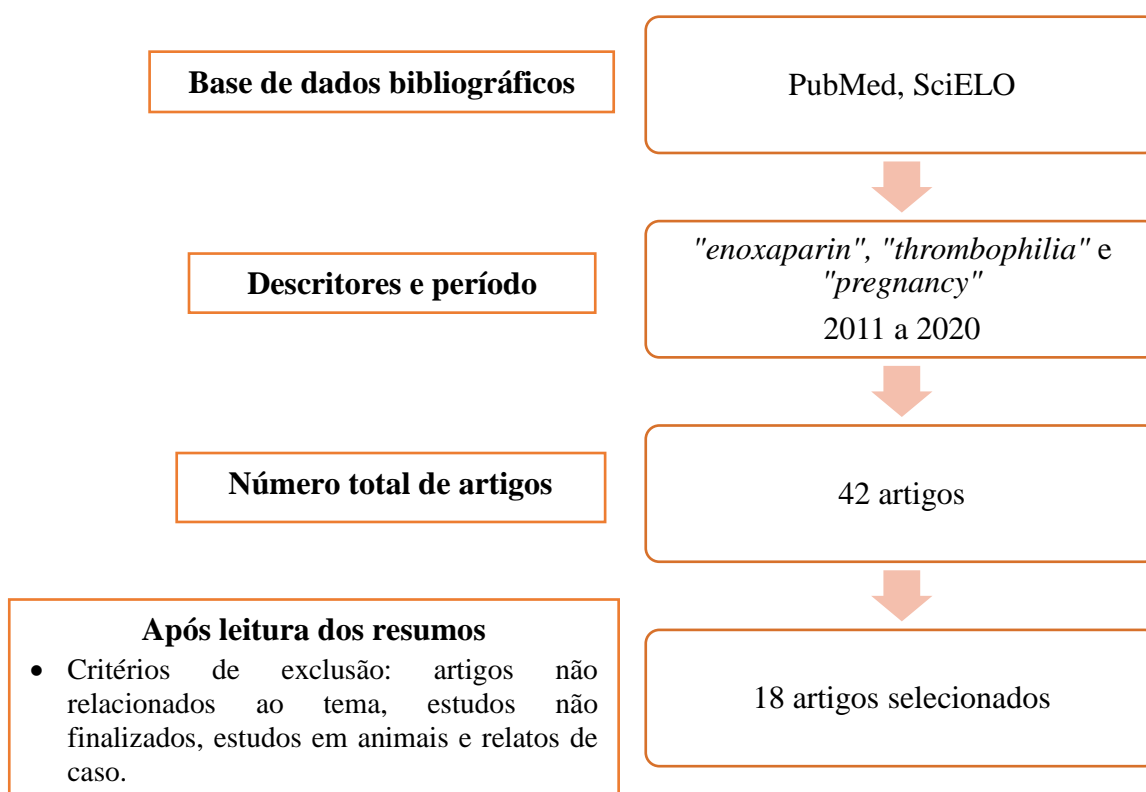
MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma investigação documental realizada com a técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (BARDIN, 1977) que incluiu documentos, portarias, normas técnicas do Programa da Farmácia do Estado de Minas Gerais e do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso (TEV) em

Gestantes com Trombofilia da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Minas Gerais.

Realizou-se revisão da literatura por meio das bases de dados SciELO e PubMed com as palavras-chave "*enoxaparin*", "*thrombophilia*" e "*pregnancy*", termos escolhidos mediante consulta no Medical Subject Headings (MeSH) e no Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Foram incluídos artigos que abordaram a temática, em idiomas inglês e português, publicados no período de 2011 a 2020, e excluídos os artigos que não atendiam aos objetivos da pesquisa. Também foram buscadas referências clássicas citadas pelos trabalhos das bases de dados. A busca resultou em 42 artigos, dos quais foram selecionados 18, que tiveram seus dados registrados de acordo com os objetivos e aspectos técnicos visados neste trabalho. O processo de seleção dos artigos encontra-se esquematizado no Fluxograma 1.

Fluxograma 1. Processo de seleção dos artigos científicos



Fonte: elabora pelo autor, 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na gestação, o TEV está associado à maior morbimortalidade e, por esse motivo, o uso de EP é garantido para gestantes e puérperas com indicações clínicas para profilaxia da doença. São indicações para profilaxia: história pessoal de TEV, história familiar de TEV, diagnóstico de Síndrome Antifosfolípídeo (SAF), presença de trombofilia de baixo risco (mutação heterozigótica para o Fator V de Leiden/Gene da Protrombina, deficiências congênitas da proteína C e da proteína S e presença do anticorpo antifosfolípídeo na ausência de eventos clínicos) ou de alto risco (mutação homozigótica para o Fator V de Leiden/Gene da Protrombina, deficiência de antitrombina III, mutação heterozigótica para o Fator V de Leiden/Gene da Protrombina associados), além da análise

de fatores que podem contribuir para recorrência da TEV em pacientes que já apresentaram a doença (EWINS & NÍ AINLE, 2020; BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b; STEVENS *et al.*, 2016; BRASIL, 2020b).

Apesar da solicitação de testes para trombofilia não ser difícil, não é uma tarefa fácil determinar quais pacientes realmente precisam deles. Os testes para trombofilia devem ser feitos somente nos casos em que há indicação formal e que o resultado irá influenciar na conduta médica pois conforme aponta Nascimento (2019), a testagem desnecessária é de alto custo e pode gerar e ansiedade ao paciente. É reconhecido que a trombofilia hereditária aumenta o risco de TEV, mas o *screening* é controverso na literatura. Connors, em 2017, publicou dados que mostraram que a utilidade clínica e os benefícios do teste de maneira aleatória foram limitados ou inexistentes, de modo que nenhuma orientação de teste validada foi publicada. No caso de gravidez, situação associada com alterações fisiológicas que levam a um estado de hipercoagulabilidade, há um risco quatro vezes maior de TEV quando comparado a mulheres não grávidas em idade fértil. Entretanto, não há evidências científicas que incluam a investigação de trombofilia durante o pré-natal. O rastreio em mulheres grávidas tem a finalidade de fornecer orientação na conduta de prescrição de profilaxia para TEV. No Quadro 2 são apresentadas as indicações de testagem para trombofilia (STEVENS *et al.*, 2016; NASCIMENTO, 2019; CONNORS, 2017; VOICU *et al.*, 2020).

Quadro 2. Situações Clínicas com Indicação para Solicitação de Pesquisa para Trombofilia

<i>História pessoal de TEV ocorrido durante um fator de risco transitório</i>
Gravidez
Cirurgia
Imobilidade prolongada
<i>Apresentação de TEV em idade jovem (< 40 anos)</i>
<i>Histórico familiar de TEV (> 2 membros)</i>
<i>História pessoal de TEV em local incomum</i>
Sistema Nervoso Central
Veias esplênicas
<i>História obstétrica pregressa</i>
3 abortos espontâneos
Aborto tardio
Morte fetal

Fonte: VOICU *et al.*, 2020.

O uso de anticoagulantes na gestação e no pós-parto para prevenção do TEV baseia-se em critérios clinico-laboratoriais e probabilidade de um novo episódio de TEV em gestantes que já apresentaram trombose. Na classificação adotada para indicação da anticoagulação profilática (Tabela 2), é considerada TEV com baixo risco de recorrência aquela relacionada a traumas e a imobilização e TEV com alto risco de recorrência as relacionadas à gravidez, à presença hormonal de estrogênio ou nos casos de múltiplos episódios não provocados de TEV (BRASIL, 2020b).

Tabela 2. Indicações de Anticoagulação para Prevenção de TEV na Gravidez

TIPOS DE ANTICOAGULAÇÃO	MEDICAÇÃO	INDICAÇÕES
Anticoagulação profilática no pós-parto	Enoxaparina	<ul style="list-style-type: none"> História pessoal de TEV, sem diagnóstico de SAF sendo o episódio de TEV com baixo risco de recorrência ou Sem história pessoal de TEV, sem diagnóstico de SAF e com trombofilia de baixo risco associada a história de TEV em parentes de 1º grau ou Sem história pessoal de TEV, sem diagnóstico de SAF e com trombofilia de alto risco sendo negativa a história de TEV em parentes de 1º grau
Anticoagulação profilática no pré-natal e até seis semanas no pós-parto	Enoxaparina	<ul style="list-style-type: none"> História pessoal de TEV, sem diagnóstico de SAF sendo o episódio de TEV com alto risco de recorrência Sem história pessoal de TEV, sem diagnóstico de SAF e com trombofilia de alto risco sendo positiva a história de TEV em parentes de 1º grau
Anticoagulação profilática + AAS no pré-natal e pós-parto	Enoxaparina + AAS	<ul style="list-style-type: none"> Sem história pessoal de TEV e com diagnóstico de SAF
Anticoagulação plena no pré-natal e até seis semanas no pós-parto	Enoxaparina 1 mg/kg a cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none"> História pessoal de TEV e com diagnóstico de SAF ou dois ou mais episódios de TEV

Fonte: BRASIL, 2020b.

Gestantes trombofílicas sem tromboembolismo anterior e/ou sem histórico familiar de trombose devem ser acompanhadas pelos serviços de Hematologia e de Obstetrícia de Alto Risco durante a gravidez e puerpério e não há comprovação da eficácia da profilaxia antitrombótica. Segundo De Jong *et al.* (2014), não há evidência no benefício da profilaxia com EP em gestantes não trombofílicas com abortos prévios recorrentes. Entretanto, um estudo retrospectivo publicado por Nahas *et al.* (2018) mostrou aumento na taxa de nascidos vivos em mulheres trombofílicas ou não com história de abortos prévios recorrentes que fizeram profilaxia com EP, especialmente nas mulheres com quatro ou mais abortos. Já as mulheres com história familiar de trombose, além da observação por esses serviços clínicos, têm recomendação de profilaxia antitrombótica formalmente recomendada no puerpério. Nessa situação e no caso de pacientes com trombofilia hereditária, a profilaxia antitrombótica reduz a ocorrência de TEV. O manejo também deve ser feito com acompanhamento da prescrição, administração da EP e investigação para detecção precoce de possíveis reações adversas, devido aos riscos para a vida materna e fetal (NASCIMENTO *et al.*, 2019; DE JONG *et al.*, 2014, NAHAS *et al.*, 2018; BATES, 2012).

A EP é uma heparina de baixo peso molecular cujas atividades anticoagulantes são mediadas por antitrombina III, fator VIIa, inibidor da Via do Fator Tecidual endógeno e fator de Von Willebrand, este último em menor proporção. Seu uso como tromboprofilático é correlacionado com redução do risco de pré-eclampsia, descolamento de placenta, restrição do crescimento fetal, oligodrâmnio, hipertensão gestacional, placenta prévia, natimortos, abortos e hemorragia pós parto. É uma medicação segura e eficaz na gravidez e na amamentação e, além da atividade antitrombótica, efeitos anti-inflamatórios já foram relatados (MASTROLIA *et al.*, 2016; KHALAFALLAH *et al.*, 2014; BRENNER *et al.*, 2005; SINGH. *et al.*, 2013). A EP possui baixa depuração, com eliminação

monofásica e meia-vida de aproximadamente quatro horas após dose subcutânea única. A dose profilática contra TEV recomendada é de 40 mg por dia para pacientes de até 100 kg e 60 mg por dia para pacientes com peso superior. Já a dose terapêutica é de 1 mg por quilo de 12 em 12 horas. As contraindicações se restringem a hipersensibilidade à droga e/ou outras heparinas, trombocitopenia induzida por heparina mediada por imunidade (HIT) nos últimos cem dias ou na presença de anticorpos circulantes, hemorragia ativa de grande porte ou presença de fatores de alto risco para hemorragias de grande volume e acidente vascular cerebral hemorrágico recente (HILAL-DANDAN & BRUNTON, 2015).

O Colégio Americano de Pneumologia também recomenda o uso de heparina de baixo peso molecular para a prevenção e tratamento de TEV em gestantes, ao invés de heparina não fracionada (Grau 1B de evidência). Para mulheres com síndrome antifosfolípide, recomendam a administração anteparto de heparina não fracionada profilática ou de dose intermediária ou profilática de baixo peso molecular combinada com aspirina em baixa dose (75-100 mg por dia) (Grau 1B). Recomendação contrária foi feita à profilaxia antitrombótica para mulheres com trombofilia hereditária e história de complicações na gravidez (Grau 2C) e para mulheres não trombofílicas com dois ou mais abortos espontâneos (Grau 1B) (BATES *et al.*, 2012).

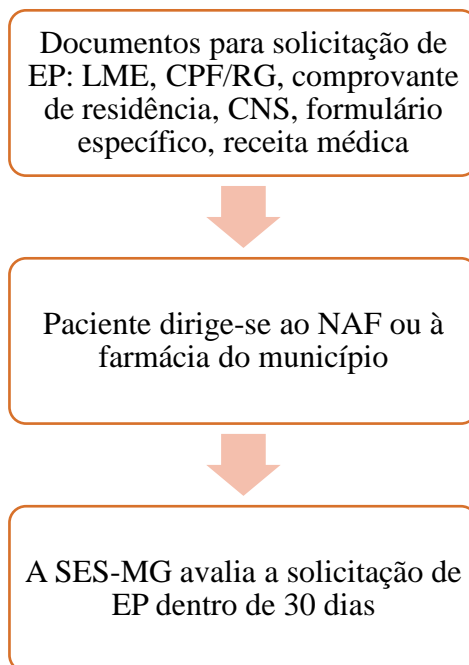
No estado de Minas Gerais, há protocolos clínicos específicos que preconizam o acesso à EP, visando a garantia da integralidade do tratamento em nível ambulatorial. O processo é estruturado com exames gerais que confirmam o estado gestacional, o diagnóstico de trombofilia adquirida ou congênita e a ocorrência de TEV prévia, sintetizados no Quadro 3. Alguns documentos obrigatórios devem ser preenchidos como o laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME), formulário específico para a requisição de EP, prescrição médica e cópia de Cadastro de Pessoa Física, Registro Geral, comprovante de residência e Cartão Nacional de Saúde (CNS). Para monitorização do tratamento, realizada trimestralmente pela Secretaria de Saúde, envia-se o LME, receituário e resultados de hemograma, plaquetas e creatinina (MINAS GERAIS, 2020). Em seguida, a gestante segue os passos indicados pelo Fluxograma 2.

Quadro 3. Comprovação dos exames gerais necessários para solicitação de EP em Minas Gerais

<i>Comprovação do estado gestacional</i>	<i>História pessoal de TEV</i>
Dosagem de β -HCG urinário ou pélvico	Doppler colorido de vasos
Ultrassonografia transvaginal	Ressonância magnética
Ultrassonografia pélvica	Tomografia computadorizada
<i>Trombofilia hereditária de alto risco</i>	<i>Trombofilia hereditária de baixo risco</i>
Mutação homocigótica para o fator V de Leiden	Mutação heterocigótica para o fator V de Leiden
Mutação homocigótica para o gene da protrombina	Mutação heterocigótica para o gene da protrombina
Deficiência da Antitrombina	Deficiência das proteínas C ou E
Mutações heterocigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas	Presença de anticorpo antifosfolípide na ausência de eventos clínicos

Fonte: MINAS GERAIS, 2020.

Fluxograma 2. Solicitação de Enoxaparina no estado de Minas Gerais



Legenda: CPF: Cadastro de Pessoa Física; RG: Registro Geral; NAF: Núcleo de Assistência Farmacêutica; SES-MG: Secretaria de Saúde do estado de Minas Gerais. **Fonte:** MINAS GERAIS, 2020.

No formulário de solicitação da EP da prefeitura de São Paulo, deve-se comprovar que a gestante ou puérpera é afetada pela SAF, apresentando pelo menos um critério clínico e um critério laboratorial para essa condição, de acordo com a Sociedade Americana de Hematologia. Outras situações que também são indicações para uso de EP, de acordo com esse documento, são a trombose confirmada na gravidez ou no puerpério e a necessidade de anticoagulação prolongada na gravidez ou no puerpério (SÃO PAULO, 2015; RAND, 2007). No Espírito Santo, exames gerais que confirmam o estado gestacional também são necessários no momento de solicitação da EP. Pede-se também por hemograma, creatinina sérica e a data provável do parto em laudo médico ou em exame de imagem. Assim como em São Paulo, no Espírito Santo a SAF deve ser comprovada pelos critérios expostos no Quadro 1. As trombofilias congênita ou hereditária, são comprovadas de forma semelhante ao ocorrido em Minas Gerais (Quadro 3) (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Além da EP, outras opções de anticoagulantes para o tratamento da TEV são a fondaparinux, a argatrobana, o ácido acetilsalicílico (AAS), a bivalirudina e a varfarina. O uso da EP mostrou-se superior ao AAS quanto ao desfecho na gravidez, com menor taxa de aborto entre as gestantes trombofílicas que utilizaram a EP em comparação com as pacientes em uso do AAS. O gasto estimado com a adoção da EP no Sistema Único de Saúde (SUS) fica em torno de 7,8 a 17,7 milhões de reais em cinco anos. As gestantes que optarem pelo tratamento com EP devem ser esclarecidas do risco-benefício do uso da medicação e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Figura 1) antes de iniciar a administração da medicação (CHOPARD *et al.*, 2020; BRASIL, 2018a; JACOBSON, 2020; BRASIL, 2020a).

Figura 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para solicitação e início do uso de EP da Secretaria de Saúde de Minas Gerais



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

TERMO DE ADESÃO

Estou ciente que esta solicitação foi cadastrada no programa de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e que será emitido parecer pela equipe de analistas da SES/MG podendo ser **DEFERIDO**, **INDEFERIDO** ou **DEVOLVIDO** de acordo como os critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, nas Portarias e nas Resoluções Estaduais.

Atesto ter sido esclarecido sobre as normas do programa do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, sendo:

- Para a renovação da continuidade do tratamento é obrigatório ao paciente apresentar LME e receita a cada 180 dias;
- Caso a solicitação necessite de reavaliação periódica, encaminhar a documentação necessária à farmácia para continuidade do tratamento e atendimento (LME, receita e documentos de monitoramento). Caso o paciente não a apresente, o fornecimento do medicamento poderá ser suspenso;
- Para medicamentos sujeitos a controle especial, apresentar nova receita médica mensalmente;
- Será considerada interrupção ou abandono de tratamento, quando o paciente, responsável ou representante não retirar o medicamento por 6 meses consecutivos, sem justificativa médica prévia;
- Se configurado abandono ou interrupção de tratamento, para ser inserido novamente no CEAF o paciente deverá fazer nova solicitação de medicamentos;
- Caso o tratamento tenha que ser suspenso, deve-se apresentar relatório médico com o motivo da suspensão, e ao retomo LME e receita;
- Caso o paciente não possa comparecer à farmácia para retirar o medicamento, deverá indicar os representantes por meio da Declaração Autorizadora.
- Todos os documentos relativos às solicitações de medicamento(s), uma vez protocolados, passam a pertencer à Secretaria Estadual de Saúde. Caso necessário, o usuário/representante poderá solicitar cópias dos mesmos.

Nome do paciente:	
Data do protocolo:	Nº do protocolo:
_____ ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO	
Medicamentos solicitados:	
Observações:	

Fonte: MINAS GERAIS, 2020.

CONCLUSÃO

A EP é uma medicação já preconizada e incorporada pelo Ministério da Saúde em 2018 e encontra-se disponível para gestantes e puérperas, exercendo um papel imprescindível na

minimização de desfechos negativos relacionados à trombofilia. O Sistema Único de Saúde apresenta a integralidade como um dos seus princípios doutrinários, que institui o atendimento das demandas e das necessidades ao cidadão de forma abrangente nos diversos níveis de complexidade da rede. O Governo do Estado de Minas Gerais instituiu protocolos para o acesso aos medicamentos especializados por meio do programa popularmente conhecido como “Farmácia de Minas”, em conformidade com o princípio já citado. O acesso à EP por gestantes de alto risco, com chances de eventos trombofílicos, faz-se de extrema importância nas ações de prevenção e promoção à saúde previstas pelo SUS, visando à otimização da saúde pública e coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: edições, v. 70, 1977.

BATES SM. *et al.* PO. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):e691S-e736S. doi:10.1378/chest.11-2300.

BATTINELLI, E.M. *et al.* The role of thrombophilia in pregnancy. *Thrombosis*. 2013;2013:516420. doi: 10.1155/2013/516420. Epub 2013 Dec 18. PMID: 24455235; PMCID: PMC3880751.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório de recomendação nº 335: enoxaparina para gestantes com trombofilia. Brasília, 2018a. 43p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório de recomendação nº 502: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestantes com trombofilia. Brasília, 2020a. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 04, de 12 de fevereiro de 2020. Brasília, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 10, de 24 de janeiro de 2018. Brasília, 2018b.

BRENNER, B. *et al.* Efficacy and safety of two doses of enoxaparin in women with thrombophilia and recurrent pregnancy loss: the LIVE-ENOX study. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, v. 3, p. 227, 2005.

CERVERA, R. Antiphospholipid syndrome. *Thrombosis research*, v. 151, S43, 2017.

CHOPARD, R. *et al.* Diagnosis and Treatment of Lower Extremity Venous Thromboembolism: A Review. *Journal of the American Medical Association*, v. 324, p. 1765, 2020.

CONNORS, J.M. Thrombophilia testing and venous thrombosis. *New England Journal of Medicine*, v. 377, p. 1177, 2017.

DANOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para o tratamento da síndrome do anticorpo antifosfolípideo. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 53, p. 184, 2013.

DE JONG, P.G. *et al.* Aspirin and/or heparin for women with unexplained recurrent miscarriage with or without inherited thrombophilia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004734, 2014.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde. Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica. Farmácia Cidadã Estadual. Documentos necessários para os medicamentos do componente especializado de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. [Internet]. Disponível em: <<https://farmaciacidada.es.gov.br/Media/farmaciacidada/Arquivos/Resumo%20dos%20PCDT's%20-%20documentos%20e%20exames%20necess%C3%A1rios.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

EWINS, K. & NÍ AINLE, F. VTE risk assessment in pregnancy. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, v. 4, p. 183, 2020.

FAREED, J. *et al.* Pharmacodynamic and pharmacokinetic properties of enoxaparin. *Clinical pharmacokinetics*, v. 42, p. 1043 2003.

HILAL-DANDAN R. & BRUNTON, L. Manual de farmacologia e terapêutica de Goodman & Gilman. 2 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2015.

JACOBSON, B. *et al.* Safety and efficacy of enoxaparin in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Advances in Therapy*, v. 37, p. 1, 2020.

JAMES, A.H. *et al.* Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, risk factors, and mortality. *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 194, p. 1311, 2006.

JAMES, A. Practice bulletin no. 123: thromboembolism in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, v. 118, n. 3, p. 718, 2011.

KHALAFALLAH, A.A. *et al.* Review of management and outcomes in women with thrombophilia risk during pregnancy at a single institution. *International Scholarly Research Notices*, v. 2014, p. 381826, 2014.

LINNEMANN, B. Antiphospholipid syndrome – an update. *Vasa*, v. 47, p. 451, 2018.

- LOPES, M.R.U. *et al.* Update on antiphospholipid antibody syndrome. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 63, p. 994, 2017.
- MASTROLIA, S.A. *et al.* LMWH in the prevention of preeclampsia and fetal growth restriction in women without thrombophilia. *Thrombosis and haemostasis*, v. 116, p. 868, 2016.
- MINAS GERAIS. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. Farmácia de Minas: orientações básicas para solicitação de medicamentos do componente especializado. [Internet]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/TROMBOEMBOLISMO%20VENOSO%20EM%20GESTANTES%20COM%20TROMBOFILIA.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- NAHAS, R. *et al.* The prevalence of thrombophilia in women with recurrent fetal loss and outcome of anticoagulation therapy for the prevention of miscarriages. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, v. 24, p. 122, 2018.
- NASCIMENTO, C.M.D.B. *et al.* Consensus on the investigation of thrombophilia in women and clinical management. Einstein (São Paulo), v. 17, 2019.
- OBSTETRICIANS, A.C. *et al.* ACOG practice bulletin No. 196: thromboembolism in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, v. 132, e1, 2018.
- RAND, J.H. The antiphospholipid syndrome. *ASH Education Program Book*, v. 2007, p. 136, 2007.
- SANTAMARIA, J.R. *et al.* Síndrome antifosfolípide. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 80, p. 225, 2005.
- SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Formulário enoxaparina sódica para uso exclusivo em ambulatório - Portaria SMS.G 2086/2015. [Internet]. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/8%20-%20FORMULaRIO%20%20%20ENOXAPARINA%20SoDICA%20para%20uso%20exclusivo%20em%20ambulatorio.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2020.
- SIMCOX, L.E. *et al.* Thrombophilia and pregnancy complications. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 16, p. 28418, 2015.
- SINGH, N. *et al.* Safety and efficacy of low molecular weight heparin therapy during pregnancy: three-year experience at a tertiary care center. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, v. 63, p. 373, 2013.
- STEVENS, S.M. *et al.* Guidance for the evaluation and treatment of hereditary and acquired thrombophilia. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, v. 41, p. 154, 2016.
- VOICU, D.I. *et al.* Maternal inherited thrombophilia and pregnancy outcomes. *Experimental and Therapeutic Medicine*, v. 20, p. 2411, 2020.

26

IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO BRASIL

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH, Belo Horizonte, MG.

² Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP, Ouro Preto, MG.

AUTORES

DANIELA TEIXEIRA RIBEIRO¹
ANA LUIZA RIBEIRO CAMPOS¹
ANA THERESA SIMÕES ROSA BORGES¹
FLÁVIA KIZA SHIKI¹
FERNANDA VIECELI DE MELO¹
GABRIELE MARIA BRAGA¹
ISABELA BRITO DE MACEDO¹
ISABELLA RAMALHO DE MATOS LISBOA¹
JÉSSICA ANGELINA TEIXEIRA¹
LUCIANA COELHO TANURE¹
LUÍS GUILHERME VILAS BOAS ALVES PEREIRA¹
MARCOS FONSECA MELO NETO²

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Infecções por Papillomavirus; Teste de Papanicolaou.

INTRODUÇÃO

Fisiopatologia do câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero (CCU) se caracteriza principalmente pela replicação de forma desordenada no epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o estroma (tecido subjacente) e podendo invadir estruturas e órgãos próximos ou à distância. Os carcinomas invasores do colo do útero possuem duas categorias principais que são classificados de acordo com a origem do epitélio comprometido, são elas: carcinoma epidermoide, que acometem o epitélio escamoso e é o mais incidente representando cerca de 90% dos casos, e o adenocarcinoma, que agride o epitélio glandular e é o tipo mais raro com cerca de 10% dos casos. Ambos são causados principalmente pela infecção persistente por tipos oncogênicos do papilomavírus humano (HPV, do inglês *human papillomavirus*), sobretudo os subtipos HPV-16 e HPV-18. Estudos mostram que a integração do DNA viral ocasiona alteração na regulação da expressão dos oncogenes virais E7 e E6, que podem exercer seus efeitos, interferindo nas proteínas que regulam o crescimento celular, causando uma proliferação descontrolada, e, assim, aumentando o risco de progressão das lesões intra-epiteliais (LIE) cervicais (SALCEDO *et al.*, 2008).

A partir do surgimento da infecção celular pelo HPV, a progressão tumoral parece estar atrelada diretamente a fatores relacionados ao vírus (subtipo viral, infecção simultânea por mais de

um tipo oncogênico e carga viral), ao hospedeiro (fatores de risco documentados experimentalmente) e cofatores exógenos (fatores clínicos ou epidemiológicos) (VASCONCELOS *et al.*, 2010).

Os fatores de risco mais comumente associados ao CCU podem ser divididos em dois grupos: os documentados experimentalmente e os clínicos ou epidemiológicos. No primeiro grupo estão inclusos os fatores imunológicos (resposta imune local e humoral) e imunossupressão secundária a patologias de base ou uso crônico de substâncias imunossupressoras, a associação com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, os fatores genéticos (como o polimorfismo da proteína p53), o tabagismo, o uso prolongado de contraceptivos orais (associação provável devido ao seu uso acompanhar, normalmente, a vida sexual ativa), outras infecções ginecológicas como vírus herpes simples tipo II (HSV-2) e clamídia e história prévia de displasia escamosa da vulva ou vagina. Em relação aos fatores de risco do segundo grupo são ressaltados o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, a baixa escolaridade e renda, a multiparidade e a história de DST (VASCONCELOS *et al.*, 2010; DIZ & DE MEDEIROS, 2009).

O câncer cervical é uma comorbidade de evolução lenta, que normalmente se apresenta assintomática ou com poucos sintomas em sua fase inicial, fazendo com que um grande número de pacientes não busque acompanhamento médico em fases iniciais da doença. Em casos avançados, o CCU pode se disseminar por invasão direta das estruturas adjacentes (corpo uterino, vagina, paramétrios, cavidade peritoneal, bexiga e reto) e por disseminação linfática (linfonodos pélvicos, retroperitoneais e fossa supraclaviculares) e hematogênica (metástases viscerais). Dessa forma, diante de quadros como esses, a paciente pode apresentar sintomas associados a essas estruturas, que sugerem a presença de alguma alteração, como sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal, dor pélvica ou lombar (com irradiação para região posterior dos membros), dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais (FEBRASGO, 2017; DIZ & DE MEDEIROS, 2009).

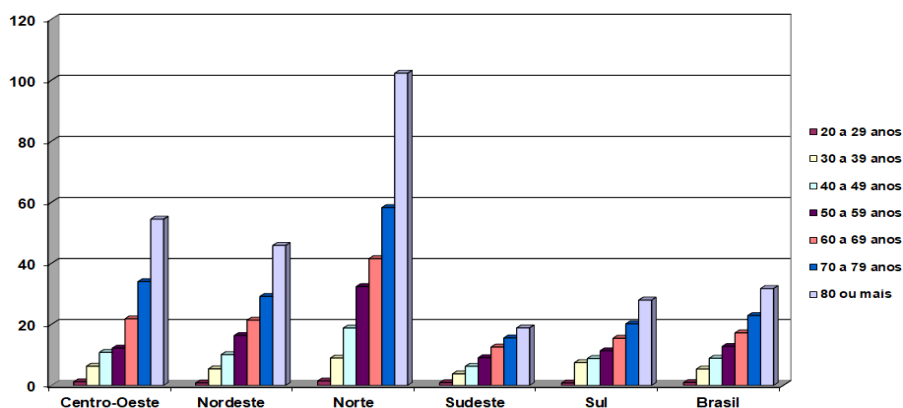
A epidemiologia e as problemáticas dos métodos de prevenção do câncer de colo uterino no Brasil

Do ponto de vista histórico, no Brasil, o controle do CCU teve seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram para o meio a citologia e a colposcopia, a partir dos anos 1940. Desde a criação do SUS pela Constituição de 1988, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer. Dez anos depois, o órgão instituiu no país o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero, que culmina, em 2011, com a publicação da 1ª edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. A segunda e última edição do documento, publicada em 2016, serve como guia de recomendações de conduta clínica (INCA, 2016).

A prevenção do CCU inclui medidas educativas, rastreamento citopatológico cervical, teste sorológico para HPV e vacinação contra o HPV. A detecção precoce do câncer é uma importante estratégia para encontrar o tumor na sua fase inicial, por aumentar a chance de tratamento. Quando descobertos na fase inicial, as chances de cura do câncer cervical são de 100%. A descoberta pode ser feita através de exames clínicos, laboratoriais ou radiológicos, mas principalmente através de exames periódicos em pessoas sem sinais ou sintomas, ou seja, através do rastreamento com citopatologia oncológica - Papanicolau (INCA, 2020).

Apesar disso, o CCU é o quarto tipo de câncer mais comum no sexo feminino no Brasil, responsável por cerca de 570 mil novos casos e 311 mil óbitos por ano em todo o mundo, sendo a quarta causa de morte por câncer mais frequente entre as mulheres. Em 2018, no Brasil, aconteceram 6526 mortes devido ao CCU, configurando uma taxa de mortalidade de 6,10 para cada 100 mil mulheres. Já em 2020, são estimados 16710 novos casos, com risco estimado de 15,38 casos a cada 100 mil (INCA, 2020). Outro dado alarmante é de que mais de 54% das mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero têm menos de 50 anos de idade, afetando, assim, pacientes em idade reprodutiva e que, por vezes, ainda não conceberam (ROB, 2011). O CCU apresenta o seu pico de incidência na faixa etária entre 45 e 50 anos, aumentando consideravelmente a mortalidade a partir da quarta década, apresentando diferenças significativas entre as regiões do Brasil (Figura 1). Esse tipo de câncer é raro nas mulheres jovens, até os 30 anos de idade (INCA, 2020).

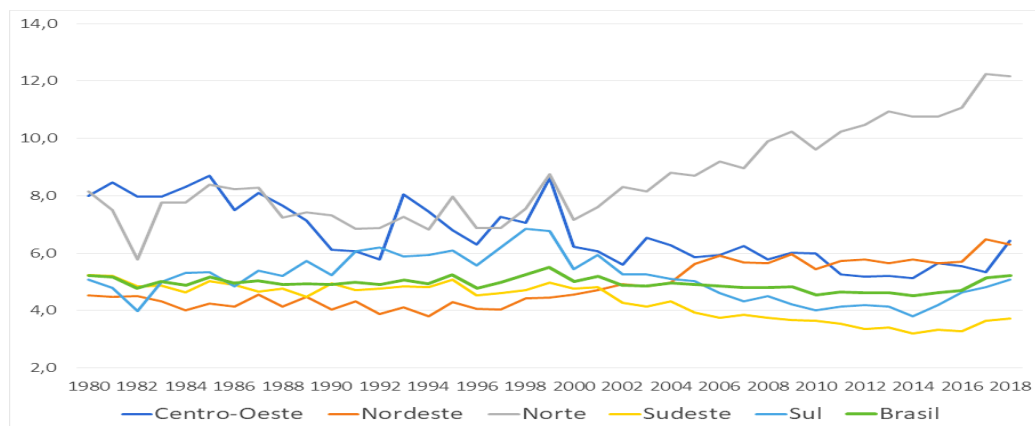
Figura 1. Taxa de mortalidade de acordo com a faixa etária no Brasil e regiões no ano de 2018



Fonte: INCA, 2020.

Já na avaliação regional, o Norte com 26,24 casos/100 mil mulheres, seguido pelo Nordeste (16,10/100 mil) são as áreas com maior incidência deste tipo de câncer, em sequência aparece o Centro-oeste (12,35/100 mil), Sul (12,60/100 mil) e por último a região Sudeste com 8,61 casos/100 mil. Em relação à mortalidade, a região Norte possui as maiores taxas do país (12,17/100 mil), sendo a única curva com propensão temporal de progresso, configurando a maior causa de morte feminina por câncer nessa região (INCA, 2020) (Figura 2).

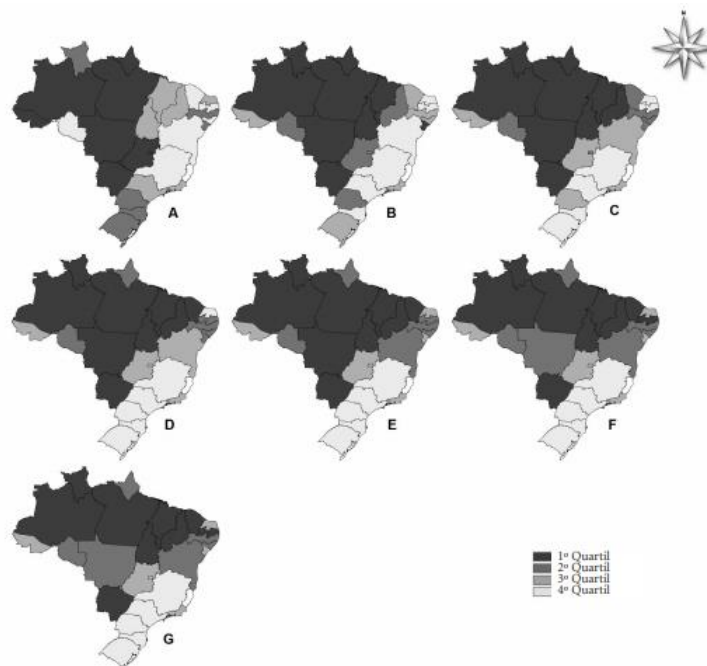
Figura 2. Taxa de mortalidade CA do colo uterino entre 1980-2018 (Brasil e regiões)



Fonte: INCA, 2020.

Além disso, Barbosa *et al.* (2016) fizeram projeções para as taxas de mortalidade por câncer cervical até o ano de 2030. Os dados obtidos (Figura 3) indicaram um ritmo de redução nacional, no entanto, ficaram evidentes as discrepâncias regionais, em que se espera que as regiões mais desenvolvidas, como Sul e Sudeste, tenham um padrão de redução na taxa de mortalidade enquanto as regiões mais pobres, como Norte e Nordeste, deverão ter um aumento.

Figura 3. Quartis das taxas de mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil nos períodos observados e projetados. Observados: A - 1996 a 2000; B - 2001 a 2005; C - 2006 a 2010. Projetados: D - 2011 a 2015; E - 2016 a 2020; F - 2021 a 2025; G - 2026 a 2030



Fonte: BARBOSA *et al.*, 2016.

O objetivo deste estudo, tendo em vista os motivos apresentados anteriormente, é entender o papel dos métodos de prevenção do tumor cervical e os principais fatores de não adesão das pacientes aos exames de rastreamento, além de evidenciar os motivos das discrepâncias de morbimortalidade do câncer de colo uterino em determinadas regiões do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura com levantamento bibliográfico realizado a partir da análise de artigos publicados nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no período de 20 anos compreendido entre 2000 e 2020, com enfoque na epidemiologia do CCU no Brasil e os métodos de rastreamento utilizados. Foram incluídos trabalhos na língua portuguesa e inglesa que apresentavam os seguintes descritores: “Neoplasias do Colo do Útero”, “Infecções por Papillomavirus”, “Teste de Papanicolaou”; nas modalidades revisão sistemática, revisão não-sistemática, estudo de coorte, caso-controle, ensaio clínico e diretriz. Como critérios de exclusão foram desconsiderados os estudos com população,

intervenção, desenho e estruturação que não se alinham ao objetivo, sendo 22 estudos selecionados, pois apresentaram o escopo do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização dos exames de rastreamento e da vacinação contra HPV são de suma importância para a diminuição da incidência e para a redução da mortalidade do câncer de colo uterino. Os testes de triagem disponíveis incluem o teste de Papanicolau e o teste do papilomavírus humano (HPV) podendo ser realizados isoladamente ou em combinação. Entretanto, existem entraves que impactam diretamente na morbimortalidade dessa doença no Brasil.

O papel do exame de Papanicolau

No teste de Papanicolau é realizada a citologia cervical para avaliar possíveis anormalidades celulares. O intervalo de triagem é de três anos, pois a incidência de anormalidades citológicas de alto grau é muito baixa dentro desse intervalo com os resultados normais (10 a 66 por 10.000) (SAWAYA *et al.*, 2000). Já a *American Cancer Society* (ACS) recomenda, preferencialmente, que o rastreamento para o câncer de colo de útero comece com 25 anos e que as pacientes façam teste molecular para o HPV a cada cinco anos até os 65 anos (FONTHAM *et al.*, 2020).

Para a OMS, uma cobertura de 80% do exame de Papanicolau entre mulheres de 35 a 59 anos seria suficiente para causar impacto nos indicadores de morbimortalidade, que pode ser observado após quatro anos de implementação das ações na detecção precoce (MARTINS, 2005).

Já no Brasil, recomenda-se o Papanicolau para mulheres entre 25 e 64 anos e que já iniciaram a atividade sexual. A realização do exame continua a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. Exames com frequência anual não são mais os mais recomendados devido às altas taxas de resultados falso-positivos, à falta de impacto na prevenção do câncer cervical e custos excessivos desnecessários em saúde pública (INCA, 2020). Porém, o padrão predominante do rastreamento é oportunístico, ou seja, as mulheres têm realizado o exame de Papanicolau quando procuram os serviços de saúde por outras razões. Conseqüentemente, 20% a 25% dos exames têm sido realizados fora do grupo etário recomendado e aproximadamente metade deles com intervalo de um ano ou menos, quando o recomendado são três anos (INCA, 2013). Assim, há um contingente de mulheres super rastreadas e outro contingente sem qualquer exame de rastreamento.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apontam que, em 2008, 79,32% das mulheres de 25 a 59 anos fizeram um exame citopatológico de colo do útero nos últimos três anos em todo o Brasil. Dessa porcentagem, aproximadamente 55% dos exames são realizados no SUS, e cerca de 24% dos outros exames pode-se inferir que são realizados por meio dos planos privados de saúde ou de forma particular (desembolso direto). Outro dado alarmante é que a média de não realização do exame e de realização em períodos maiores que três anos foi acima de 20%, um valor alto para a não realização adequada desse exame básico de rastreamento do CCU. Os dados expostos estão abaixo da meta estipulada no Brasil de alcançar uma cobertura de 85% de realização do exame Papanicolaou entre mulheres, na faixa etária preconizada, até 2022 (IDSUS, 2010).

O papel dos testes para HPV

No teste do papilomavírus humano (HPV), identificam-se subtipos de HPV oncogênicos que estão associados ao câncer cervical. O intervalo de triagem é cinco anos quando o HPV é indetectável e o exame citológico é negativo. Caso o teste de HPV dê negativo, mas o resultado de citologia venha sugestivo de lesões escamosas de alto grau ou lesões glandulares de qualquer natureza, é necessário submeter-se a colposcopia. Caso a citologia venha sugestiva de ASCUS, um teste de HPV indica a colposcopia. Se o teste de HPV for negativo, pode-se repetir a citologia em um ano. Já nas mulheres tratadas por NIC 2 ou NIC 3, um teste de detecção de HPV com resultado negativo (coletado em seis a 18 meses) indica recidiva próxima de zero. Quando o teste de HPV é positivo durante o seguimento pós-tratamento, é recomendado realizar citologia e colposcopia (FEBRASGO, 2017).

As vacinas disponíveis e recomendações de uso

Uma outra conduta que contribui ativamente para melhoria no número de pacientes acometidos pela doença é a vacinação de jovens contra HPV. A vacina foi desenvolvida visando o combate da disseminação do vírus. Assim, foram desenvolvidos dois tipos de vacinas contra o HPV, a profilática e a terapêutica, porém essa última se mostrou pouco efetiva. O primeiro tipo atua estimulando o sistema humoral pelo contato com partículas semelhantes ao vírus ou “*virus like particles*” (VLP), produzidas a partir das proteínas L1 e L2 do capsídeo viral, com morfologia semelhante ao do patógeno, porém sem o DNA viral. Esses anticorpos induzidos pela vacina são liberados na mucosa genital, impedindo o quadro infeccioso. Em contrapartida, a vacina terapêutica atua a partir das proteínas E6 e E7, as quais estão envolvidas no descontrole da proliferação das células, induzindo a resposta celular do sistema imune, ao sensibilizar células imunocompetentes a combater o vírus.

No Brasil foram aprovadas duas vacinas profiláticas, a bivalente da GlaxoSmithKline (GSK) em 2009 e a quadrivalente Merck Sharp e Dohme (MSD) em 2006. Ambas são produzidas a partir da proteína L1 com finalidade de obter partículas análogas dos principais subtipos oncogênicos (HPV 16 e 18). Além disso, a vacina quadrivalente também previne contra os subtipos 6 e 11, responsáveis por 90% das verrugas na região genital e das lesões de baixo risco do colo uterino (SILVA, 2009). Acredita-se que se houver uma ampla vacinação da população, os casos de câncer de colo uterino poderão ser reduzidos em até dois terços (POMFRET, 2011).

É importante ressaltar que o período ideal para o início da vacinação seria antes da primeira relação sexual, em ambos os sexos, ou seja, vacinar crianças e adolescentes. Assim, a vacina bivalente está indicada para meninas entre 10 e 25 anos e a vacina quadrivalente para meninas e meninos entre 9 a 26 anos (GIRALDO, 2008).

Alguns estudos têm mostrado variações quanto ao número de doses e o intervalo entre elas. Uma comparação entre a eficácia de duas doses entre meninas de 9 a 13 anos e três doses entre mulheres de 16 a 26 anos, não demonstrou inferioridade no primeiro grupo, o fato interessante é haver maiores títulos de anticorpos nesse mesmo grupo. O Ministério Público de Saúde adotou o esquema de vacina estendido em três doses (zero, seis e 60 meses) como estratégia de saúde para a população brasileira. O maior intervalo entre a segunda e terceira dose pode resultar em uma resposta imunológica mais robusta nos adolescentes. A partir de 2015, o público alvo, de 9 a 13 anos, teve acesso à vacina de forma ampla. A estratégia de vacinação ocorre nas Unidades Básicas

de Saúde (UBS) como rotina e em escolas públicas e privadas por ocasião de ações extramuros com flexibilidade para adaptação das realidades regionais (BRASIL, 2016).

Vale ressaltar a importância da vacinação de homens, uma vez que também são contaminados pelo vírus, podendo desenvolver cânceres – principalmente no pênis, orofaringe e ânus – que podem ser evitáveis por meio da vacinação contra o HPV. Além disso, a vacinação contribui ativamente para a diminuição da disseminação da doença por via sexual de parceiro para parceiro (BOGAARDS *et al.*, 2015).

Fatores para não adesão das mulheres ao método de rastreamento do câncer do colo do útero

Embora o exame Papanicolau seja visto como um ato de responsabilidade e compromisso com a sua saúde, isto é, como uma forma de autocuidado pelas pacientes. Os fatores sociais e culturais acerca desse exame são um entrave para a sua realização. O estigma e o desconhecimento que muitas mulheres possuem em relação aos próprios genitais, provocados por uma má ou inadequada educação sexual podem estar correlacionados com uma hesitação do exame ginecológico, visto que muitas pacientes se sentem envergonhadas ao se despirem e ao se posicionarem em posição ginecológica frente a um profissional da saúde, principalmente masculino. Além disso, o desconhecimento do ato da realização do exame, o medo da dor durante esse procedimento e um possível resultado positivo corroboram ainda mais para a não adesão desse método de rastreamento do câncer de colo cervical (SANTA CATARINA, 2003).

Foi demonstrado, também, que mulheres auto-referidas de cor preta ou parda apresentaram maior prevalência de não realização do exame, mesmo após ajuste para idade e escolaridade. Essa situação evidencia a desigualdade racial no acesso ao procedimento (AMORIM *et al.*, 2006). Outro importante fator já bem conhecido para a não adesão das mulheres é a baixa condição socioeconômica, dificultando o acesso aos serviços de saúde de rastreamento (BARBOSA *et al.*, 2016).

Correa e Villela (2008) ressaltam a falta de infraestrutura e de organização da assistência de saúde em algumas regiões do Brasil, bem como a baixa capacitação dos profissionais de saúde. Esse contexto acaba por impactar, principalmente, as mulheres com maior risco para o CCU.

Diante do exposto, pode-se compreender que os fatores envolvidos que dificultam a adesão das mulheres ao exame de rastreamento são multifacetados, complexos e regionais. De fato, regiões mais carentes do ponto de vista socioeconômico, com um sistema de saúde menos equipado e mal distribuído e, portanto, com um alcance de ações de prevenção limitado, possuem uma maior taxa de mortalidade por câncer de colo de útero, como nas regiões Norte e Nordeste (BARBOSA *et al.*, 2016).

Medidas educativas de conscientização no Brasil

A atual estratégia para a detecção do CCU no Brasil se baseia na instituição das Regiões de Saúde, os quais são espaços geográficos constituídos por agrupamentos de territórios ou municípios limítrofes, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde para o controle de doenças, inclusive o CCU. Após delimitar esses territórios é definida a população a ser atendida e espera-se que haja a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a qual recoloca a atenção primária como sendo a principal porta de entrada das pessoas no sistema de saúde. Além disso, encaminha as pessoas que necessitam ser atendidas nos

pontos de atenção de diferentes níveis e densidade tecnológica. Sendo assim, percebe-se que a detecção precoce do CCU envolve profissionais de saúde especializados em diversos tipos de cuidados e tecnologias (INCA, 2016).

Dessa forma, as ações educativas que visam melhorar o conhecimento e incentivar a vacinação devem ser pautadas no significado do vírus e do CCU, na vacinação contra o HPV, no rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer, na prevenção das infecções sexualmente transmitidas (IST), participação e autonomia do público-alvo para a adoção de comportamentos saudáveis. Essas atividades precisam ser desenvolvidas nas escolas, tendo em vista que é o local onde os jovens permanecem a maior parte do seu dia. A comunicação deverá ser clara, contínua, consistente e voltada aos diferentes grupos da população, a fim de sensibilizar e informar sobre a temática, por meio de campanhas, materiais educativos, mídias sociais, telefonia móvel e outras tecnologias modernas (LOPES & ALVES, 2013).

CONCLUSÃO

O CCU possui incidência significativa no Brasil e no mundo. Felizmente, é possível detectar a doença em estágio inicial e suas lesões precursoras através do rastreamento citopatológico cervical e teste sorológico para HPV. É uma doença que possui prevenção através da vacina e altas taxas de cura quando detectada na fase inicial. Para que o rastreamento seja feito de forma efetiva, recomenda-se, como primeira escolha, a realização do teste de Papanicolau para todas as mulheres, entre 25 e 64 anos, que já tenham iniciado atividade sexual em um esquema de repetição a cada três anos, após dois exames anuais normais consecutivos. No entanto, os entraves que impedem a realização efetiva das medidas de prevenção contra o CCU, como já supracitados, permitem ainda taxas de mortalidade e incidência relevantes nacionalmente, mas, principalmente, escancaram as discrepâncias de morbimortalidade existentes entre as regiões no país. Mais do que isso, pode-se dizer que essa situação demonstra um dos traços mais marcantes na saúde brasileira: as iniquidades em saúde, ou seja, situações de desigualdade na área da saúde que são evitáveis. Portanto, é fundamental que existam meios disponíveis para que as mulheres tenham acesso à uma rede de serviços que lhes ofereçam informação, mecanismos ou métodos de prevenção, acompanhamento e tratamento apropriados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, V.M.S.L. *et al.* Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 2329, 2006.
- BARBOSA, I.R. *et al.* Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 253, 2016.
- BOGAARDS, J.A. *et al.* Direct benefit of vaccinating boys along with girls against oncogenic human papillomavirus: bayesian evidence synthesis. *BMJ*. v. 350, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. PNI-Programa Nacional de Imunizações: boletim informativo do PNI-02/2016: vacinação contra HPV, 2016.
- CORREA, D.A.D. & VILLELA, W.V. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 8, p. 491, 2008.
- DIZ, M.D.P.E. & DE MEDEIROS, R.B. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. *Revista de Medicina*, v. 88, p. 7, 2009.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero. São Paulo: Febrasgo, 2017. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/05Z-ZDIAGNOySTICOZRASTREIOZEZTRATAMENTOZOZDOZCAyNCERZDEZCOLOZDEZUyTERO.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2020.
- FONTHAM, E.T. *et al.* Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the american cancer society. *Ca: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 70, p. 321, 2020.
- GIRALDO, P.C. *et al.* Prevenção da infecção por HPV e lesões associadas com o uso de vacinas. *DST - Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 2, p. 132, 2008.
- ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS - IDSUS. Razão entre exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população feminina da mesma faixa etária e local de residência. 2010 Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/ficha5s.html>>. Acesso em: 19 nov. 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Controle do câncer do colo uterino: Conceito e magnitude. Rio de Janeiro, 3 ago. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude>>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro, 2016.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Informativo Detecção Precoce, Rio de Janeiro, ano 4, n. 1, jan./abr. 2013. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/informativos/informativo-deteccao-precoce-edicao-especial-2013>>. Acesso em: 15 nov. de 2020.
- LOPES, M.M.C. & ALVES F. Conhecimento dos adolescentes de uma escola pública de Belo Horizonte sobre doenças sexualmente transmissíveis, em especial sobre o HPV. *Acervo de Iniciação Científica*. v. 1, p. 1, 2013. Disponível em: <<http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/aic/article/view/409>>. Acesso em: 18 nov. de 2020.
- MARTINS, L.F.L. *et al.* Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 27, p. 485, 2005.
- POMFRET, T.C. *et al.* Quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine: a review of safety, efficacy, and pharmacoeconomics. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, v. 36, p. 1, 2011.
- ROB, L. *et al.* Fertility- sparing surgery in patients with cervical cancer. *Lancet Oncology*, v. 2, p. 192, 2011.
- SALCEDO, M.M.B.P. *et al.* A expressão da proteína p16 e herpes simples vírus tipo 2 em lesões pré-neoplásicas e neoplásicas do colo do útero. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia*, v. 30, p. 61, 2008.
- SANTA CATARINA, Secretaria Municipal da Saúde. Manual de serviços de prevenção do câncer do colo do útero e de mamas. Florianópolis: SMS, 2003.

SAWAYA, G.F. *et al.* Obstet Gynecology, Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, University of California, San Francisco, San Francisco, California. v. 2, n. 96, p. 219, 2000.

SILVA, M.J.P.M. *et al.* A eficácia da vacina profilática contra o HPV nas lesões HPV induzidas, v. 37, p. 1, 2009.

VASCONCELOS, C.T.M. *et al.* Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, p. 912, 201.

27

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DAS VULVOVAGINITES

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico(a) do Curso de Medicina da Faculdade de Saúde e Ecologia Humana-FASEH, Vespasiano, MG.

AUTORES

ADENIR JUNIO SILVA SANTOS ¹
DANILO CUNHA MEIRELLES ¹
GABRIELA CAMPOS DE ALMEIDA ¹
RAFAELLA CARVALHO BARBOSA VIEIRA¹

Palavras-chave: Corrimento, Vulvovaginites, Saúde da Mulher

INTRODUÇÃO

As vulvovaginites e vaginoses infecciosas são afecções que acometem o trato genital inferior e que se manifestam por conteúdo vaginal aumentado, prurido, irritação. Também podem se associar a odor desagradável, ardência e intenso desconforto. As principais causas de vulvovaginites e vaginoses infecciosas no Brasil são: vaginose bacteriana, candidíase vulvovaginal e tricomoníase (FERRACIN *et al.*, 2005). Portanto, para o estabelecimento de um manejo efetivo, é imprescindível reconhecer as características principais dessas afecções, construindo-se assim um diagnóstico diferencial entre elas.

O objetivo deste estudo foi apresentar uma revisão da literatura abordando os principais diagnósticos das vulvovaginites e vaginoses infecciosas, baseado na prevalência na população do sexo feminino. A partir disso, objetiva estabelecer o diagnóstico, tratamento e seguimento da paciente.

MÉTODO

Busca de artigos científicos com os descritores: Vulvovaginitis, Vaginosis, Bacterial e Women's Health, em português ou inglês nas plataformas PubMed e SciELO. Além de alguns documentos ou textos de associações e sociedades científicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vaginose Bacteriana

A vaginose bacteriana é considerada a causa mais comum de corrimento vaginal e caracteriza-se pela alteração da flora vaginal com diminuição dos lactobacilos e crescimento de

outros organismos, que já existem na flora (4). O principal agente é a *Gardenerellavaginalis*, uma bactéria cocobacilar anaeróbia facultativa e não encapsulada. Outros microorganismos que podem estar associados são *Atopobiumvaginae*, *Bacteroides*, *Prevotella*, *Mobiluncus*, *Mycoplasma*, *Peptostreptococcus* (4).

É uma afecção mais comum em mulheres em idade reprodutiva e mulheres negras (1). Mesmo não sendo uma infecção sexualmente transmissível, ter múltiplos parceiros aumenta o risco de ter vaginose, da mesma forma que o uso de camisinha representa uma forma de proteção. Outros fatores de risco são uso de ducha vaginal, recente uso de antibioticoterapia e hipoestrogenismo (10).

Frequentemente é assintomática, mas nos casos sintomáticos pode manifestar com queixa de um corrimento com odor fétido que costuma piorar após relação sexual ou durante a menstruação. Ao exame é comum encontrar corrimento com odor de peixe e ter teste das aminas positivos (15).

O diagnóstico é através dos critérios de Amsel: corrimento fino acinzentado claro, aumento do pH vaginal (maior que 4,5), *cluecells* no exame a fresco da secreção vaginal e corrimento com odor de peixe após teste de hidróxido de potássio. Para confirmar o diagnóstico pelo critério descrito é necessário ter pelo menos três dos quatro achados (1).

O tratamento com antibioticoterapia é indicado para as pacientes sintomáticas e a primeira linha de tratamento é o metronidazol 500mg, duas vezes ao dia por sete dias, ou clindamicina intravaginal 300mg duas vezes ao dia por sete dias. Se caso de alergia ou intolerância às medicações de primeira linha, pode-se considerar como terapia alternativa tinidazol 2g uma vez ao dia por dois dias ou tinidazol 1g uma vez ao dia por cinco dias, ou clindamicina 300mg duas vezes ao dia, por sete dias (21).

Em pacientes assintomáticas com resultado positivo em exame citopatológico, o tratamento está indicado apenas se houver programação de procedimento no trato genital ou nos casos de gestantes com história previa de parto pré-termo (21).

Além das medidas farmacológicas descritas é fundamental que o profissional de saúde na assistência à saúde da mulher oriente sobre as medidas adequadas na higienização da região genital, como não usar duchas vaginais. E, da mesma forma, instruir sobre o uso de camisinha, pois mesmo não sendo uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) o uso desse preservativo atua como proteção (21).

Candidíase

Acredita-se que os organismos de *Candida* acessam a vagina via migração do reto através da área perianal e tem associação com o crescimento excessivo do organismo e com a penetração de células epiteliais superficiais. O mecanismo no qual a doença se torna sintomática é complexo e envolve respostas inflamatórias do hospedeiro e fatores de virulência de leveduras. Ao contrário da vaginose bacteriana, a candidíase vulvovaginal não está associada a uma redução nos lactobacilos vaginais (16, 19).

A candidíase vulvovaginal é um distúrbio fúngico caracterizado por sinais e sintomas de inflamação vulvovaginal na presença de espécies de *Candida*. No entanto, identificar *Candida* vulvovaginal isolada não é indício de doença, já que as espécies de *Candida* fazem parte da flora normal de cerca de 25% das mulheres. Além disso não é considerada uma infecção oportunista e doença sexualmente transmissível (21).

Dentre os microorganismos, a *Candidaalbicans* é responsável por 80% a 92% dos episódios de candidíase vulvovaginal nos Estados Unidos e a *Candidaglabrata* é responsável por quase todo o restante (12).

Há uma série de fatores relacionados ao surgimento da candidíase vulvovaginal, como diabetes mellitus, principalmente com mau controle glicêmico, uso de antibióticos, altos níveis de estrogênio, imunossupressão e fatores genéticos. Outras condições ainda não estão claras a associação, como uso de contraceptivo orais combinados, dispositivos anticoncepcionais (esponjas vaginais, diafragmas e dispositivos intrauterinos), comportamento sexual de risco e hábitos de higiene ou uso de roupas justas e sintéticas (8,12).

A candidíase é a segunda causa mais comum de vaginite, no entanto, sua prevalência é difícil de determinar devido a variação de acometimento de acordo com a fase da vida da mulher, como 10% a 20% das mulheres em idade reprodutiva, 6% a 7% das mulheres na menopausa e 3% a 6% na pré-puberdade (21). Além disso, a venda livre de antifúngicos, diagnóstico sem confirmação microscópica e diagnósticos diferenciais, também interferem na epidemiologia da doença (11, 20).

A incidência aumenta com a idade, todavia é incomum em mulheres na pós-menopausa, desde que não estejam em uso de terapia de reposição hormonal com estrogênio. Mulheres afro-americanas também são mais acometidas que outros grupos étnicos.

O quadro clínico é predominantemente marcado por prurido vulvar, além de ardor, dor e irritação na região, podendo ter associadas a disúria e a dispareunia. É comum a paciente relatar piora dos sintomas na semana anterior do início da menstruação. Ao exame ginecológico muitas vezes é identificado eritema, escoriações e fissuras na vulva, e eritema na mucosa vaginal. O corrimento pode estar presente ou ausente, se presente é branco, espesso, aderente, grudento e com ou sem odor. Mas a secreção também pode ser fina, aquosa, homogênea, e assim, semelhante à de outros tipos de vaginites. Ao observar o colo do útero normalmente não apresenta alterações (8).

O diagnóstico é essencialmente clínico por meio da observação das características da região genital e da secreção, desde que com presença de *Candida* em montagem preferencialmente úmida, coloração de Gram, cultura ou teste molecular do corrimento vaginal (2). Além disso, avaliar o pH vaginal também pode ajudar, pois mulheres com candidíase vulvovaginal frequentemente tem pH normal (entre 4 a 4,5), o que diferencia da tricomoníase e vaginose bacteriana. À microscopia observa-se presença de espécies de *Candida* e, ao adicionar hidróxido de potássio, na secreção vaginal a presença de levedura de brotamento, pseudo-hifas e hifas (7).

No diagnóstico é importante dividir em candidíase não complicada (90% das pacientes) ou complicada (10%). A doença não complicada apresenta gravidade dos sintomas de leve a moderado, episódios esporádicos (\leq a três por ano), presença de microrganismo *Candida albicans* e mulher imunocompetente. No caso da doença complicada os sintomas são intensos, candidíase recorrente, microrganismos da espécie não-*albicans* e hospedeiro com fatores de risco (2).

Alguns diagnósticos diferenciais são importantes a depender dos sintomas da paciente. Quando o pH vaginal está normal, deve-se excluir hipersensibilidade, reações alérgicas ou químicas, dermatite de contato e dermatoses inflamatórias (líquen escleroso e líquen plano). No caso de pH vaginal aumentado (maior que 4,5) deve-se diferenciar de vaginose bacteriana e tricomoníase, lembrando que coinfeção pode ocorrer em 20% a 30% dos casos (17).

O tratamento é indicado para alívio dos sintomas. Sendo que o tratamento vai se basear em uma doença complicada ou não complicada e o parceiro sexual não requer tratamento (7).

Candidíase complicada é quando ocorrem mais de três episódios anuais, causada por microrganismo não-albicans e o hospedeiro possui alguma doença crônica descompensada como diabetes mellitus ou é imunossuprimido, sendo que na gravidez também pode acontecer. No caso da candidíase não complicada o hospedeiro não possui comorbidades e a mulher é saudável, o microrganismo mais provável é a *Candidaalbicans* e os eventos de infecção são esporádicos, menos de três episódios em um ano (2).

Para o tratamento da versão não complicada da candidíase vulvovaginal, há disponibilidade oral e tópica, sendo que não há evidências científicas para estabelecer uma melhor do que a outra, devendo-se, portanto, levar em consideração o custo, preferência da paciente, disponibilidade no sistema de saúde e possíveis contraindicações. A diferença mais evidente encontra-se na possibilidade de o tratamento oral causar alguns efeitos adversos como cefaleia, erupção cutânea e alterações da função hepática, que é transitória. Enquanto o tratamento tópico limita em possíveis reações locais apenas, como queimação ou irritação local. As opções tópicos englobam clotrimazol, miconazol, nistatina, terconazol, tioconazol e butoconazol. Para administração oral usa-se o fluconazol. O mais recomendado é fluconazol oral 150mg em dose única, ao invés de vários dias e de uso tópico, visando maior adesão ao tratamento. As concentrações terapêuticas nas secreções vaginais permanecem por ao menos 72 horas após o tratamento. Não há recomendação de suspender a relação sexual durante o tratamento, mas pode ser desconfortável até a inflamação obter melhora. Além disso, resistência ao fluconazol e demais opções é rara, por isso não requer testes de sensibilidade *in vitro*, a não ser que pacientes com diagnóstico comprovado por cultura, que façam o tratamento adequado, não tenham resposta clínica (2, 8).

As mulheres com candidíase complicada têm opções terapêuticas diferentes a depender de algumas variáveis. Quando há presença de sinais graves, recomenda-se o uso de fluconazol 150mg a cada 72 horas por duas ou três doses ou tratamento com azol tópico por sete a 14 dias, pode associar corticosteroide tópico de baixa potência por 48 horas para aliviar sintomas de forma mais imediata. Em casos de candidíase recorrente é feito além do tratamento usual, a profilaxia com fluconazol oral 150 mg uma vez por semana por seis meses. Como na candidíase complicada é recomendado a realização de cultura, principalmente se for recorrente, a espécie identificada altera o tratamento, na presença de *C. glabrata* é utilizado o ácido bórico intravaginal 600mg por 14 dias, se o microrganismo for *C. krusei* o tratamento é feito com clotrimazol, miconazol ou terconazol intravaginal por sete a 14 dias. Em pacientes não saudáveis e com algum comprometimento do sistema imune, a terapia oral ou tópica é feita por sete a 14 dias. Grávidas obtém tratamento adequado com uso de clotrimazol ou miconazol tópico por sete dias, desde que estejam sintomáticas, que é preferível em comparação ao medicamento oral devido aos riscos, principalmente no primeiro trimestre, de aborto espontâneo (19).

Existe um grupo de pacientes que pode ter candidíase recorrente, nesses a profilaxia e a busca para eliminar ou reduzir os fatores de risco é essencial. É feito o tratamento padrão e depois a profilaxia semanal por seis meses, depois disso espera-se uma remissão prolongada, mas alguns pacientes recaem, então, se for confirmada a infecção por cultura, retoma o tratamento de três semanas e a profilaxia é dessa vez é realizada por um ano. Como o fluconazol tem boa segurança quando em baixa dosagem, especialistas não recomendam controle laboratorial, mas se for utilizado cetoconazol ou itraconazol, principalmente em uso diário, recomenda-se exames de função hepática, devido ao risco de hepatotoxicidade idiossincrática, apesar de raro nesses casos. Há relatos também

de interação medicamentosa do fluconazol com varfarina e rifampicina, por exemplo, no entanto, devido à baixa concentração plasmática nesses casos, essas interações são pouco prováveis (6).

Populações especiais

Alergia a fluconazol: é incomum, mas pode acontecer erupção cutânea e angioedema. Como é difícil distinguir se há alergia a outros fármacos da classe dos azóis, recomenda-se não substituir por outros como cetoconazol, itraconazol, mas podem usufruir dos azóis tópicos. Outra opção é nistatina por via vaginal 100.000 UI por dia, durante sete dias ou ácido bórico vaginal por sete dias. Parceiros sexuais não requerem tratamento, pois a atividade sexual não é causa significativa de infecção ou reinfeção. A amamentação deve ser continuada durante o tratamento e para maior tranquilidade recomenda-se o uso tópico. Sabe-se que a nistatina é opção confiável por não estar presente no leite humano quando utilizada, enquanto o Fluconazol é encontrado no leite humano, no entanto, não foi descoberto efeito adverso em lactentes (7).

Uso de tamoxifeno, que aumenta risco de candidíase, não contraindica o uso de fluconazol e muitas vezes é usado como terapia de manutenção. Mulheres assintomáticas, diagnosticadas pelo citopatológico por exemplo, não é recomendado o tratamento, pois até 20% das mulheres em idade reprodutiva são colonizadas por *Candida* (6).

Tricomoníase

A Tricomoníase é uma infecção geniturinária causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. É a IST não viral mais comum em todo o mundo. As mulheres são afetadas com mais frequência do que os homens. A tricomoníase é uma das três causas infecciosas comuns de queixas vaginais entre mulheres em idade reprodutiva, junto com a vaginose bacteriana e a vulvovaginite por *Candida*, e uma causa de uretrite em homens; no entanto, a infecção costuma ser assintomática. (13)

O *T. vaginalis* infecta principalmente o epitélio escamoso do trato urogenital: vagina, uretra e glândulas parauretrais. Outros locais menos comuns incluem colo do útero, bexiga, glândulas de Bartholin e próstata. O parasita é um organismo de formato pêra ou redondo, com quatro flagelos anteriores e uma membrana ondulante, que causa a motilidade característica observada em uma lâmina de montagem úmida diagnóstica.

A tricomoníase é quase sempre transmitida sexualmente. Embora a sobrevivência em fômites tenha sido relatada, a transmissão por fômites não foi diretamente comprovada. As mulheres podem adquirir a doença tanto de mulheres quanto de homens, enquanto os homens geralmente adquirem a infecção das mulheres e geralmente não transmitem a infecção para outros homens. O período de incubação é desconhecido, entretanto, estudos *in vitro* sugerem um período de incubação de 4 a 28 dias em aproximadamente 50% dos pacientes. A coexistência de *T. vaginalis* e patógenos da vaginose bacteriana é comum e taxas de coinfeção variam de 20 a 60 a 80% foram relatadas. O risco de adquirir infecção por *T. vaginalis* pode ser reduzido pelo uso consistente de preservativos e pela limitação do número de parceiros sexuais. Os agentes espermicidas, como o nonoxinol-9, reduzem a taxa de transmissão. (13)

Nas mulheres a manifestação da tricomoníase varia de uma doença inflamatória aguda e grave a um estado de portador assintomático. Os sinais e sintomas comuns de infecção aguda incluem uma secreção fina, purulenta, malcheirosa, associada à queimação, prurido, disúria, polaciúria, dor abdominal inferior ou dispareunia. No entanto, em mulheres com infecção

comprovada, apenas 11 a 17% apresentam sintomas típicos. Os sintomas podem piorar durante a menstruação e pode ocorrer sangramento pós-coito. Na infecção crônica, os sinais e sintomas são mais leves e podem incluir prurido e dispareunia, com escassa secreção vaginal. Cerca de 70 a 85% das mulheres infectadas são assintomáticas, embora muitas dessas mulheres eventualmente desenvolvam sintomas. O transporte assintomático pode persistir por períodos prolongados (pelo menos três meses), assim, muitas vezes não é possível determinar quando ou de quem a infecção foi adquirida. (3)

O exame físico geralmente revela eritema da vulva e da mucosa vaginal. A secreção verde-amarela, espumosa e fétida, classicamente descrita, ocorre em 10 a 30% das mulheres sintomáticas. As hemorragias pontilhadas podem ser visíveis na vagina e no colo do útero (ou seja, colo do útero em morango) em 2% dos casos.

As consequências da tricomoníase variam de acordo com a população: (3)

- Mulheres não grávidas – A vaginite tricomonial não tratada pode progredir para uretrite ou cistite. Além disso, *T. vaginalis* foi associado a uma série de resultados adversos à saúde reprodutiva, incluindo neoplasia cervical, celulite ou abscesso do manguito pós-histerectomia, doença inflamatória pélvica e infertilidade. Também pode aumentar a suscetibilidade das mulheres de adquirir a infecção pelo HIV em até duas vezes. A tricomoníase em indivíduos infectados pelo HIV está associada a um risco aumentado de transmissão do HIV a parceiros não infectados. Há algumas evidências de que o tratamento da tricomoníase reduz a disseminação do HIV.
- Mulheres grávidas – infecção por *T. vaginalis* durante a gravidez está associada a resultados obstétricos adversos, incluindo ruptura prematura das membranas, parto prematuro e parto de um bebê de baixo peso ao nascer. Em uma revisão sistemática de 2014 e meta-análise da associação entre *T. vaginalis* resultados perinatais, o risco de parto prematuro aumentou em 42% entre as mulheres infectadas (risco relativo 1,42, IC 95% 1,15-1,75; nove estudos). Os riscos de ruptura prematura de membranas e parto de um bebê pequeno para a idade gestacional aumentaram de forma semelhante, mas cada uma dessas descobertas foi baseada em apenas dois estudos. Se o tratamento na gravidez afeta esses riscos, positiva ou negativamente, não está claro. (3)

Para mulheres e homens, o diagnóstico de *T. vaginalis* é baseado em testes de laboratório (*Trichomonas* móveis em montagem úmida, cultura positiva, teste de amplificação de ácido nucleico positivo ou teste rápido de antígeno ou teste de ácido nucleico positivo) que confirma o *T. vaginalis*. (14)

A microscopia costuma ser a primeira etapa na avaliação diagnóstica de tricomoníase porque a microscopia é importante na avaliação do corrimento vaginal. A microscopia é conveniente e de baixo custo, embora menos precisa do que outros testes. Se a avaliação microscópica for positiva para *Trichomonas*, nenhum teste tricomonial adicional é indicado. Para mulheres com lâminas de montagem úmida não diagnósticas (ou negativas) em microscopia, testes de amplificação de ácido nucléico (NAAT) são realizados. Se o NAAT não estiver disponível, kits de diagnóstico rápido ou cultura são realizados. A escolha do teste é baseada na disponibilidade e custo. (14)

As mulheres submetidas ao teste de tricomoníase geralmente também são testadas para infecções por clamídia e gonorreia. Os testes preferidos são: (5)

- Microscopia e pH- A presença de tricomonas móveis na montagem úmida é diagnóstico de infecção, mas eles são identificados em apenas 60 a 70% dos casos confirmados por cultura sendo que o movimento é espasmódico e giratório. Os organismos permanecem móveis por 10 a 20 minutos após a coleta da amostra. A lâmina deve ser avaliada logo após a obtenção da amostra, pois a sensibilidade diminui com o tempo, com redução de até 20% relatada uma hora após a coleta. A fixação e a coloração não são úteis porque *T. vaginalis* pode não ter a forma flagelada típica em formato de pêra; em vez disso, pode assemelhar-se a leucócitos polimorfonucleares ou perder características morfológicas durante a fixação e coloração, dificultando a identificação etiológica. (5)

Outros achados que estão tipicamente presentes na infecção por *T. vaginalis* incluem um pH vaginal elevado (> 4,5) e um aumento nos leucócitos polimorfonucleares na microscopia salina. No entanto, esses achados adicionais não são diagnósticos, pois podem ser encontrados em outras infecções vaginais.

Teste de amplificação de ácido nucleico – (NAATs): detectam RNA por amplificação mediada por transcrição (reação em cadeia da polimerase [PCR] ou transcriptase reversa), são altamente sensíveis e específicos e se tornaram o padrão ouro aceito para o diagnóstico de *T. vaginalis*. As limitações do teste incluem a necessidade de instrumentação e análise laboratorial. Em um estudo de amostras de teste de 303 mulheres trabalhadoras do sexo, a sensibilidade do teste foi mais alta para amostras vaginais e mais baixa para amostras de urina eliminadas pela primeira vez (86 contra 63%, todas as infecções).

Sondas rápidas de antígeno e hibridização de DNA – Kits de diagnóstico rápido podem ser úteis em áreas de alta prevalência (por exemplo, clínicas de ISTs e clínicas que atendem populações com altas taxas de prevalência) onde microscopia ou cultura não estão disponíveis. Os testes a seguir podem ser realizados pelo médico no local de atendimento e estão disponíveis comercialmente.

- AFFIRM VPIII - O teste do sistema de identificação microbiana Affirm VPIII (Becton Dickinson) usa uma sonda de hibridização de DNA em uma amostra de esfregaço vaginal. Os resultados estão disponíveis em 45 minutos. Embora a sensibilidade e a especificidade tenham sido relatadas como superiores a 95%, em testes lado a lado, este método foi inferior à captura do alvo e amplificação mediada por transcrição (sensibilidade 63,4 versus 100%).
- OSOM Trichomonas Rapid Test – O OSOM Trichomonas Rapid Test (Sekisui Diagnostics) é um teste rápido de antígeno que usa uma tecnologia imunocromatográfica em uma amostra de esfregaço vaginal. O teste pode ser feito no local de atendimento e os resultados estão disponíveis em 10 minutos. Tem sensibilidade de 82 a 95% e especificidade de 97 a 100%. (5)

O tratamento é através das drogas 5-nitroimidazol (metronidazol ou tinidazol), que são a única classe de drogas que fornecem terapia curativa para a tricomoníase. A maioria das cepas de *T. vaginalis* são altamente suscetíveis a esses agentes. Para o tratamento inicial é sugerido um curso de sete dias de metronidazol ou tinidazol, 500 mg por via oral duas vezes ao dia. Embora as diretrizes recomendem o tratamento com uma dose oral única de 2 g de tinidazol ou metronidazol (ou seja, quatro comprimidos de 500 mg), estudos comparando os regimes de um e vários dias de metronidazol em mulheres com e sem HIV demonstraram taxas de cura mais altas quatro semanas

após o tratamento com o regime de sete dias. O tinidazol geralmente causa menos efeitos colaterais gastrointestinais, mas o custo é mais alto em comparação com o metronidazol. Embora o tinidazol tenha sido significativamente mais eficaz do que o metronidazol em vários ensaios clínicos randomizados, a maioria desses ensaios foi sujeita a viés, uma vez que o desfecho foi avaliado por médicos que não desconheciam o grupo de tratamento do paciente. Assim, a escolha do agente geralmente é determinada pela disponibilidade e custo. O tratamento de *Trichomonas* resistentes ao nitroimidazol é discutido abaixo. (18)

Alergia a drogas 5-nitroimidazol – A terapia com drogas diferentes de 5-nitroimidazóis é uma opção, mas as taxas de cura são baixas (≤ 50 por cento). Dada a baixa eficácia das terapias medicamentosas alternativas, sugere-se que os pacientes com alergia mediada por IgE ao metronidazol ou tinidazol sejam encaminhados para dessensibilização, em vez de usar uma classe alternativa de medicamentos. A dessensibilização é muito eficaz: em uma série, todas as 15 mulheres que passaram por dessensibilização subsequentemente erradicaram suas infecções.

As causas mais comuns de falha do tratamento são abandono e reinfecção. Outras causas de refratariedade são:

- **Abandono de medicamentos:** A causa mais comum de infecção e sintomas contínuos é o uso indevido ou abandono de medicamentos. A adesão à medicação é melhorada com a terapia de dose única. Pacientes com sintomas recorrentes e provável uso indevido ou abandono de medicamentos são tratados novamente com o tratamento inicial acima.
- **Reinfecção:** a reinfecção de parceiros sexuais não tratados ou subtratados é outra fonte de infecção contínua. Para pacientes com sintomas persistentes nos quais a reinfecção é provável, repetimos o tratamento com outro curso de sete dias ou uma única dose oral de 2 g de metronidazol ou tinidazol e retiramos todos os parceiros sexuais também.
- **Infecção recorrente:** A reinfecção é improvável se os parceiros sexuais foram tratados simultaneamente e a relação sexual for evitada até que ambos completassem o tratamento. Mulheres que falharam com uma dose única de metronidazol 2 g podem ser tratadas com metronidazol oral 500 mg duas vezes ao dia durante sete dias (dose total de 7 g). O(s) parceiro(s) sexual(is) também devem ser tratados. Se este regime falhar, tinidazol ou metronidazol são administrados por via oral na dose de 2 g por dia durante sete dias (dose total de 14 g). Esses regimes podem ser eficazes em pacientes com baixos níveis de resistência ao metronidazol, o que foi observado em 4% dos isolados de *T. vaginalis* de mulheres atendidas em clínicas de doenças sexualmente transmissíveis em seis cidades dos Estados Unidos.
- **Infecção refratária ou resistente:** Para pacientes com infecção refratária documentada, as opções terapêuticas incluem doses máximas toleradas de tinidazol oral (2 a 3 g por dia em doses divididas) por 14 dias. Sucesso considerável com tinidazol na doença refratária foi relatado, embora a dose ideal não tenha sido estabelecida. A resistência cruzada ao tinidazol é frequente, mas não inevitável. Os pacientes com resistência de alto nível ao metronidazol são geralmente tratados com sucesso por terapia prolongada e em altas doses com tinidazol. O tinidazol em altas doses tem um melhor perfil de segurança e é mais bem tolerado do que o metronidazol em altas doses. Relatos de casos descreveram o uso bem-sucedido de nimorazol, ornidazol, niridazol, furazolidona e hamicina, enquanto um ensaio de nitazoxanida em três mulheres com dificuldade de erradicar *T. vaginalis* relatou falta de eficácia. (18)

CONCLUSÃO

As vaginose e vulvovaginites destacam-se como queixa comum nos atendimentos dirigidos a saúde da mulher, por isso, um profissional deve saber reconhecê-las. Além disso, é imprescindível a manutenção das atualizações acerca do assunto, principalmente em relação aos novos métodos de tratamento e o estabelecimento dos diagnósticos diferenciais para o correto manejo (Tabela 1).

Tabela 1. Principais pontos diferenciais das vulvovaginites

Variáveis	Vaginose bacteriana	Candidíase Vulvovaginal	Tricomoníase
Sintomas	Corrimento branco, fino, acinzentado, homogêneo, de odor fétido. Sem dispareunia.	Corrimento esbranquiçado, inodoro, grumoso, semelhante a “leite coalhado”, que se adere as paredes vaginais. Prurido vulvar intenso, disúria e dispareunia superficial.	Corrimento amarelado ou amarelo-esverdeado, bolhoso, de odor desagradável. Prurido, dispareunia, disúria, irritação vulvar, e polaciúria.
Sinais	Corrimento supracitado	Eritema, edema, fissuras vulvares e escoriações de coçadura.	Eritema vulvovaginal e colpíte, com aspecto de framboesa.
pH	Maior que 4,5	4,0 – 4,5	5,0 – 6,-0
Teste das aminas	Positivo	Negativo	Frequentemente positivo
Exame microscópico a fresco da secreção vaginal	Relação polimorfonucleares: células epiteliais vaginais < 1 <i>Cluecells</i> .	Relação polimorfonucleares: células epiteliais vaginais < 1 Pseudo-hifas.	Protozoário móvel com seus quatro flagelos. Polimorfonucleares ++++
Hidróxido de potássio 10% na microscopia do conteúdo vaginal	Não tem valor	Visualização das pseudo-hifas à microscopia direta.	Não tem valor
Diagnósticos diferenciais		Vaginose citolítica, Vulvite alérgica, Irritação química, Vulvodinia idiopática.	Vaginite purulenta, Vaginite inflamatória descamativa, Vaginite atrófica com infecção secundária, Líquen plano erosivo.

Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG Committee on Practice Bulletins--Gynecology. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, Number 72, May 2006.
- ACOG Practice Bulletin Comitê de Boletins Práticos - Ginecologia. Vaginite em pacientes não grávidas: ACOG Practice Bulletin, Número 215. *Obstetrics&Gynecology*, v. 135, e1, 2020.
- ANDERSON, M.R. Evaluation of vaginal complaints. *Jama*, v. 291, p. 1368, 2004.
- CAMARGO, K.C. *et al.* Secreção vaginal anormal: sensibilidade, especificidade e concordância entre o diagnóstico clínico e citológico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 37, p. 222, 2015.
- COLLINS, L.M. *et al.* Prognóstico e resultado em longo prazo de mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente idiopática causada por *Candida albicans*. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, v. 24, p. 48, 2020.
- COOREVITS, L. *et al.* Identifying a consensus sample type test for *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis* and *human papillomavirus*. *Clinical Microbiology and Infection*, v. 24, p. 1328, 2018.
- Diretriz nacional para o tratamento da candidíase vulvovaginal. Grupo de Efetividade Clínica (Associação de Medicina Genitourinária e Sociedade Médica para o Estudo de Doenças Venéreas). *Sex Transm Infect* 1999; 75 Suplemento 1: S19.
- ECKERT LO, *et al.* Candidíase vulvovaginal: manifestações clínicas, fatores de risco, algoritmo de manejo. *Obstetrics&Gynecology*, v. 92, p. 758, 1998.
- FERRACIN, I; OLIVEIRA, R.M.W. Corrimento vaginal: causa, diagnóstico e tratamento farmacológico. *Conselho Federal de Farmácia*. v.17, nº 5/6, 2005.
- FETHERS, K.A. *et al.* Sexual risk factors and bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*, v. 47, p. 1426, 2008.
- GOLDACRE, M.J., *et al.* Flora microbiana vaginal em mulheres jovens normais. *Br Med J* 1979; 1: 1450.
- GONÇALVES, B. *et al.* Candidíase vulvovaginal: epidemiologia, microbiologia e fatores de risco. *Critical Reviews in Microbiology*, v. 42, p. 905, 2006.
- KISSINGER, P. Epidemiology and treatment of trichomoniasis. *Current infectious disease reports*, v. 17, p. 1, 2015.
- LANDERS, D.V. *et al.* Predictive value of the clinical diagnosis of lower genital tract infection in women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 190, p. 1004, 2004.
- POWELL, A.M. & NYIRJESY, P. Recurrent vulvovaginitis. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, v. 28, p. 967, 2014.
- SOBEL, J. D., *et al.*, Vaginite mista - mais do que coinfeção e com implicações terapêuticas. *Curr Infect Dis Rep*. 2013; 15: 104.
- SOBEL, J.D. Epidemiologia e patogênese da candidíase vulvovaginal recorrente. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 152, p. 924, 1985.
- SOBEL, J.D. Vulvovaginitis in healthy women. *Comprehensive Therapy*, v. 25, p. 335, 1999.
- SOBEL, J.D. *et al.* Candidíase vulvovaginal: considerações epidemiológicas, diagnósticas e terapêuticas. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 178, p. 203, 1998.
- TIBALDI, C. *et al.* Microrganismos vaginais e endocervicais em mulheres não grávidas sintomáticas e assintomáticas: Fatores de risco e taxas de ocorrência. *Clin Microbiol Infect* 2009; 15: 670.
- WORKOWSKI, K.A. *et al.*, Centers for Disease Control and Prevention: Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 64(RR-03):1-137, 2015

28

VAGINOSE CITOLÍTICA

FILIAÇÃO

¹ Discente de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT.

² Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Mato Grosso. MT.

AUTORES

DÉBORA CAIXETA COSTA ¹
CAMILA CARDOSO MARQUEZ¹
PIETRA ANDRADE DE OSTI¹
ANA BEATRIZ LUSTOSA NASCIMENTO¹
BEATRIZ BARROS DE MOURA¹
EVELYN CRISTINA NEVES¹
ALINE TAIS ROTHMUND TOPANOTTI¹
CAMILA BICUDO MENDONÇA¹
SARAH ARAÚJO MOREIRA¹
CAMILA YUMI UEDA¹
MYLENA MARTINS ALMEIDA¹
ANNIE CAROLINE MAGALHÃES²

Palavras-chave: Vaginose Citolítica; Corrimento Vaginal; Proliferação de Lactobacilos.

INTRODUÇÃO

A vaginose citolítica (VC) é uma patologia ginecológica causadora de corrimento vaginal, assim como a candidíase, a tricomoníase e a vaginose bacteriana (HU *et al.*, 2015; VENUGOPAL *et al.*, 2017). Estima-se que uma em cada dez mulheres irá relatar esse sintoma ao longo de um ano e que a VC represente de 1 a 7 % das vulvovaginoses. Além disso, supõe-se que esta prevalência seja subestimada devido à dificuldade diagnóstica e a confusão clínica com outras patologias causadoras de corrimento vaginal, resultando em tratamento errôneo e recorrência dos sintomas (VENUGOPAL *et al.*, 2017; SOARES *et al.*, 2017).

A VC é causada pelo excesso de *Lactobacillus*, que danificam a camada epitelial intermediária da vagina e causam a diminuição local do pH. A etiologia do aumento dessas células ainda não é bem definida (XU *et al.*, 2019). Essas alterações causam lise celular, resultando em sinais e sintomas inflamatórios como: prurido, corrimento esbranquiçado, grumoso, inodoro e disúria (YANG *et al.*, 2016; PURI, 2020). Devido à dificuldade diagnóstica, não raramente estas pacientes são diagnosticadas com candidíase de repetição e passam por tratamentos longos e ineficazes. Não obstante, a não resolução da queixa causa prejuízos psicológicos, sexuais e financeiros (YANG *et al.*, 2016; SOARES *et al.*, 2017; CERIKCIOGLU & BEKSAC, 2004).

A vulvovaginite recorrente foi associada a desfechos ruins na gestação, como gravidez ectópica, ruptura prematura de membranas ovulares, infecção neonatal e infertilidade. Além disso, foi associada a maior taxa de infecção e transmissão de HIV (SATTERWHITE *et al.*, 2008).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura a respeito da temática vaginose citolítica, apontando as teorias mais aceitas sua ocorrência, as principais manifestações clínicas, o diagnóstico e o tratamento desse quadro clínico.

MÉTODO

O presente trabalho consiste em uma revisão de literatura sobre vaginose citolítica com ênfase em seu diagnóstico diferencial com a candidíase, além de abordar a etiologia, sintomatologia, diagnóstico laboratorial e tratamento. O artigo foi elaborado por meio de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, LILACS, Google Scholar, SciELO e UpToDate. Para isso, foram utilizados 19 artigos, compreendidos entre 2004 a 2020, nacionais e internacionais, incluindo artigos de revisão de literatura, relatos de casos e artigos de pesquisas. Para a seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: “vaginose” e “citólítica” nos idiomas inglês e português.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A microbiota vaginal normal é constituída por diversos microorganismos, que vivem em equilíbrio devido a produção de metabólitos e da resposta individual e variação hormonal do hospedeiro (SOARES *et al.*, 2017; MA *et al.*, 2012). É constituída principalmente por bactérias do gênero *Lactobacillus*, além da presença fisiológica de espécies como *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* e *Gardnerella vaginalis* (SOARES *et al.*, 2017; VENUGOPAL *et al.*, 2017; MA *et al.*, 2012; SURESH *et al.*, 2009).

Os lactobacilos são bastonetes gram-positivos anaeróbios facultativos, que utilizam o glicogênio presente nas células epiteliais vaginais como substrato para a produção de ácido láctico (SURESH *et al.*, 2009; SOARES *et al.*, 2017). Esses são essenciais na manutenção do pH ácido da vagina, entre 3,8 e 4,5, e no controle do crescimento de microrganismos patogênicos (SOARES *et al.*, 2017). Em pesquisa, foram detectadas mais de 80 espécies em mulheres assintomáticas brasileiras, sendo o *Lactobacillus crispatus* o mais frequente, seguido pelas espécies *L. jensenii* e *L. gasseri* (BROLAZO *et al.*, 2009).

A VC ocorre quando, por etiologia desconhecida, há um desequilíbrio do ecossistema vaginal, com proliferação excessiva de *Lactobacillus* (YANG *et al.*, 2020). A influência hormonal é a hipótese mais aceita, visto que no estudo chinês de Yang e colaboradores (2020) a maioria das pacientes com VC tiveram episódios durante as fases ovulatória e lútea, momento que coincide com uma maior taxa de glicogênio devido a influência direta do estrogênio.

Além disso, a espécie mais encontrada nos estudos chinês e brasileiro – *Lactobacillus crispatus* – é a espécie com maior capacidade de transformação do glicogênio em ácido láctico, diminuindo, portanto, o pH vaginal (3,5 – 4,0) (YANG *et al.*, 2020; SOARES *et al.*, 2017). Conseqüentemente, pacientes com distúrbios nos níveis séricos de glicose, em casos como Diabetes Mellitus (DM), também estariam mais propensas a essa conversão exagerada, culminando na mesma patologia (SOARES *et al.*, 2017).

Diagnóstico

Critérios clínicos

Clinicamente, a vaginose citolítica apresenta-se com sinais inespecíficos, sendo difícil a diferenciação das demais vulvovaginites, especialmente a candidíase vaginal, tornando necessária uma avaliação clínica e laboratorial minuciosa. As principais queixas no momento da consulta ginecológica são o prurido, a ardência na região vulvar, o corrimento em grande quantidade, a dispáurenia e a disúria (HU *et al.*, 2015; SURESH *et al.*, 2009).

Tais sintomas, caracteristicamente, são cíclicos e mais intensos durante a fase lútea do ciclo menstrual, em razão do aumento do número de lactobacilos que ocorre durante este período. É comum, também, o alívio da sintomatologia durante o período menstrual, momento marcado por aumento transitório do pH vaginal, indicando uma possível relação hormonal com a patologia da doença (NEVES *et al.*, 2019; SOARES *et al.*, 2017).

Outra queixa referida é o uso frequente de medicações antifúngicas e antibacterianas sem melhora do quadro clínico apresentado, indicando um diagnóstico contestável de candidíase de repetição associado a tratamentos ineficazes, sendo essa patologia definida pela presença de quatro ou mais episódios de candidíase sintomática em um ano. Durante a avaliação clínica do quadro de VC, faz-se necessário a realização de um exame ginecológico de minucioso, podendo ser observado um certo grau de eritema e edema no vestíbulo vulvar, sem a presença de dor nessa região, achado que pode ser identificado pela utilização do *Q-tip test* (teste do cotonete), que será negativo nessa situação (SOARES *et al.*, 2017; FEBRASGO, 2010).

Outrossim, o principal achado no exame vaginal é a presença de leucorreia. O pH característico da vaginose citolítica é inferior a 4,2 e o corrimento é abundante, sendo tipicamente esbranquiçado, inodoro, grumoso e leitoso. Todavia, apenas os sinais clínicos podem não ser suficientes para confirmação diagnóstica em determinados casos, sendo necessária a avaliação microscópica para diferenciação de outras vulvovaginoses (NEVES *et al.*, 2019; HU *et al.*, 2015).

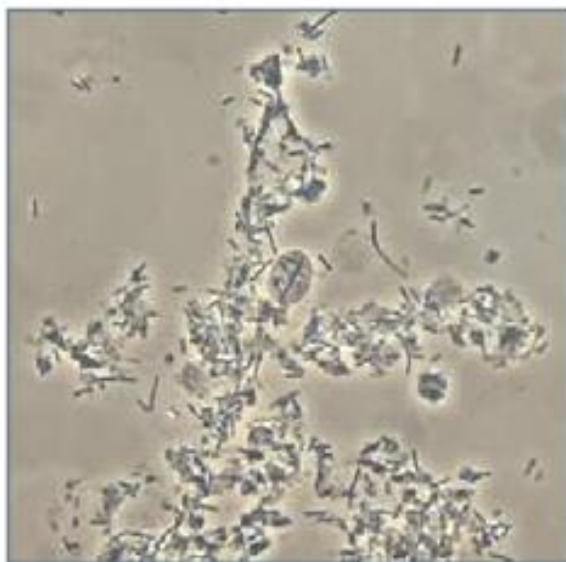
Critérios microscópicos

O padrão mais aceito para o diagnóstico correto de VC é a microscopia de amostras de corrimento vaginal, preferencialmente com o uso de contraste de fase. Usa-se a classificação de Donders para a análise da proporção de lactobacilos e de outras bactérias no esfregaço vaginal. De acordo com essa classificação, o tipo I apresenta numerosos lactobacilos pleomórficos e ausência de outro tipo de bactérias. Já o tipo II possui flora mista e subdivide-se em IIa, no qual há predominância de lactobacilos, e IIb, caracterizado pela predominância de outras bactérias em relação aos lactobacilos. Por fim, o tipo III representa ausência de lactobacilos e presença de outras bactérias (SOARES *et al.*, 2017).

Para o diagnóstico de VC, é necessário encontrar o padrão tipo I, demonstrado na Figura 1, com número excessivo de lactobacilos, escassez de leucócitos, além da ausência de outros microrganismos, principalmente de blastóporos, hifas e pseudo-hifas característicos de infecções fúngicas, como a candidíase vaginal. Devem estar ausentes também protozoários como *Trichomonas vaginalis*, agente etiológico da Tricomoniase. Além disso, pode-se observar citólise, evidenciada pela presença de fragmentos citoplasmáticos e núcleos livres. Cabe ainda diferenciar a visualização de lactobacilos aderidos a fragmentos celulares da presença de *clue cells*, achado

característico de vaginoses bacterianas (SOBEL *et al.*, 2020; GIRALDO *et al.*, 2005; SOARES *et al.*, 2017).

Figura 1. Esfregaço de corrimento vaginal de mulher acometida com Vaginose Citolítica observado em microscópio de contraste de fase (ampliação 400x). Evidencia-se número elevado de lactobacilos, presença de núcleos desnudos e fragmentos citoplasmáticos. Ausência de esporos, blastóporos e hifas, bem como de outros patógenos

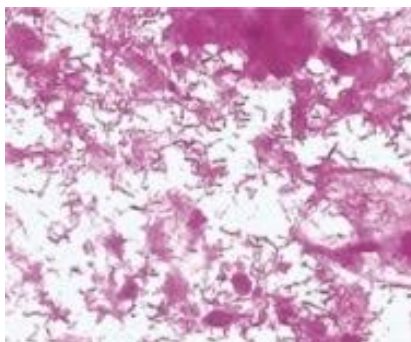


Fonte: SOARES *et al.*, 2017.

Diagnóstico diferencial

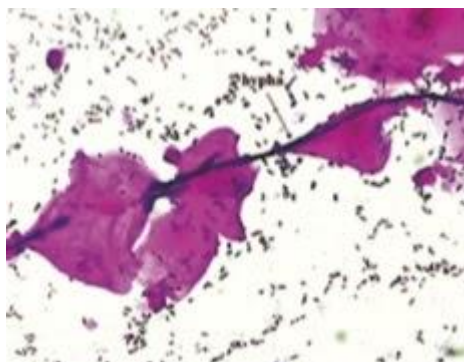
A realização do diagnóstico diferencial da VC é de suma importância, tendo em vista a significativa semelhança clínica com outras infecções do trato reprodutivo feminino, o que frequentemente culmina em diagnósticos e tratamentos inadequados. Geralmente suspeita-se de VC em casos refratários ao tratamento com antifúngicos e/ou antimicrobianos ou, ainda, com diagnóstico prévio de candidíase complicada, sendo definida como candidíase de repetição severa, cujo agente etiológico é de espécie não-*albicans* e cursa com alterações imunológicas, a saber, imunossupressão, diabetes e gestação (FEUERSCHUETTE *et al.*, 2010). Nesse sentido, o diagnóstico diferencial da VC baseia-se, sobretudo, na análise microscópica de esfregaços de corrimento vaginal (Figura 2) e na exclusão de Candidíase por cultura (SOBEL *et al.*, 2020; SOARES *et al.*, 2017). Duas entidades se assemelham à Vaginose Citolítica no que tange à sintomatologia, a saber, a Candidíase Vaginal (Figura 3), principalmente, e a Lactobacilose de Döderlein (SOARES *et al.*, 2017).

Figura 2. Microscopia de esfregaço vaginal (coloração Gram), com ampliação de 1000x, evidenciando a presença intensa de lactobacilos, núcleos desnudos e fragmentos citoplasmáticos, achados característicos de VC severa



Fonte: HU *et al.*, 2015.

Figura 3. Microscopia de esfregaço vaginal (coloração Gram), com ampliação de 400x, em paciente com Candidíase Vulvovaginal (CVV). Observa-se a presença de lactobacilos em grande quantidade, células epiteliais normais, além de blastóporos, hifas e esporos, típicos de CVV



Legenda: seta indicando hifa. **Fonte:** HU *et al.*, 2015.

A Tabela 1 sintetiza os principais achados microscópicos característicos de cada afecção supracitada.

Tabela 1. Características da microscopia de Vaginose Citolítica e seus diagnósticos diferenciais.

	<i>Presença de lactobacilos</i>	<i>Células epiteliais da vagina</i>	<i>Leucócitos</i>	<i>Outras características</i>
Vaginose Citolítica	Aumento excessivo no número de lactobacilos	Núcleos desnudos e fragmentos de citoplasma	< 10/campo de grande ampliação	Ausência de outros microrganismos patogênicos
Candidíase Vaginal	Lactobacilos em quantidade habitual	Normais	Aumentados ou normais	Presença de esporos, blastosporos ou hifas/pseudo-hifas
Lactobacilose	Lactobacilos maiores (longos), segmentados e com modesto aumento de quantidade	Normais	< 10/campo de grande ampliação	Ausência de outros microrganismos patogênicos

Fonte: Adaptado de SOARES *et al.*, 2017; NEVES *et al.*, 2019.

Tratamento

O tratamento da VC tem como objetivo o alívio dos sintomas através da restauração do equilíbrio vaginal, por meio da redução do número de lactobacilos e consequente aumento do pH vaginal (SURESH *et al.*, 2009). As medidas terapêuticas iniciais e essenciais consistem em alterações comportamentais, como: evitar o uso de roupa íntima, quando possível (ao dormir, por exemplo), e dar preferência ao uso de tecidos naturais, como algodão, para favorecer a ventilação e reduzir a umidade na região vaginal; evitar uso de calças apertadas; evitar o uso de sabonetes na área genital e não utilizar tampões até que a paciente esteja assintomática por um período de, no mínimo, seis meses. É importante ressaltar que o fluxo menstrual por si só pode promover o aumento do pH vaginal e acarretar melhora na sintomatologia (SOARES *et al.*, 2017).

Recomenda-se que sejam suspensos quaisquer produtos de uso tópico local, visando reduzir a agressão ao epitélio (SOMMACAL *et al.*, 2009), bem como qualquer outra terapia alternativa (substâncias fitoterápicas ou homeopáticas), farmacológica (antibióticos, antifúngicos, suplementos acidófilos) ou tratamentos caseiros (como uso de iogurtes ou outros probióticos naturais) equivocadamente administrados (SOARES *et al.*, 2017).

Caso não haja alívio dos sintomas com as alterações de comportamento, a literatura aponta três possíveis tratamentos que propiciam um alívio sintomático rápido e eficaz: os banhos de assento e as irrigações vaginais com bicarbonato de sódio e o uso de creme vaginal com tampão borato pH 8,0. A instituição da modalidade de tratamento deve ser individualizada, considerando os sintomas da paciente, suas condições socioeconômicas e capacidade de realizar corretamente as medidas terapêuticas (SOARES *et al.*, 2017; SOBEL *et al.*, 2020).

O bicarbonato de sódio tem sido bastante utilizado no tratamento da VC, sendo encontrados vários esquemas terapêuticos na literatura (FEBRASGO, 2010). Uma das formas de uso é o chamado banho de assento (considerado tratamento de primeira linha), que consiste em misturar de 30 a 60 g de bicarbonato de sódio em 5 cm de água em uma bacia ou bidê, em que a paciente deve sentar-se duas vezes ao dia durante 15 minutos. Aconselha-se realizar esse procedimento de dois a três dias na primeira semana de tratamento e depois uma a duas vezes por semana para evitar a recorrência dos sintomas (SOARES *et al.*, 2017).

A segunda opção consiste em irrigações vaginais com solução composta por 15 a 30 g de bicarbonato de sódio em 0,5 L de água morna. Quanto ao tempo de tratamento, indica-se irrigar a vagina com a solução de duas a três vezes por semana enquanto persistirem os sintomas, e depois de uma a duas vezes por semana para evitar a recorrência (SOARES *et al.*, 2017); ou duas vezes por semana, a cada duas semanas (BRASIL, 2016; SURESH *et al.*, 2009); ou, ainda, pode ser realizada uma vez ao dia durante sete a 14 dias (SOBEL *et al.*, 2020).

Há, ainda, a opção de utilizar óvulos de bicarbonato, que são cápsulas gelatinosas que contém 150 mg de bicarbonato e devem ser inseridos na vagina com o aplicador adequado. Recomenda-se sua aplicação de duas a três vezes por semana, durante duas semanas e posterior avaliação dos sintomas (SOMMACAL *et al.*, 2009).

Caso não haja remissão completa dos sintomas com alteração comportamental e uso do bicarbonato, pode ser aplicado o creme vaginal com tampão borato pH 8,0 diariamente durante 10 dias, e depois mantido por dois meses, aplicando-se duas vezes por semana (FEBRASGO, 2010).

Em algumas situações, devido à acidez vaginal, uma paciente com VC pode desenvolver candidíase vaginal concomitante. No exame microscópico, serão notados fungos e aumento dos

lactobacilos. Nesses casos, deve-se, então, administrar um antifúngico tópico por sete dias e realizar irrigações com bicarbonato de sódio todas as manhãs (SOARES *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que pacientes com sintomas recorrentes devem fazer o tratamento de 24 a 48 horas antes do início previsível dos sintomas. Em caso de persistência ou piora dos sintomas após duas a três semanas do início do tratamento, é preconizado que a paciente seja reavaliada por um ginecologista (SOARES *et al.*, 2017; SURESH *et al.*, 2009).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é visto que a VC é uma doença com uma prevalência subestimada devido a uma dificuldade no seu diagnóstico. Isso ocorre devido ao fato de que seu quadro clínico é muito semelhante a outras patologias vulvovaginais, o que pode levar a um tratamento inadequado da paciente e gerar prejuízo na sua qualidade de vida.

O seu diagnóstico é composto por critérios clínicos e microscópicos, sendo este realizado por meio da análise do esfregaço de corrimento vaginal, de extrema importância para a diferenciação das demais vulvovaginites e, para a confirmação do diagnóstico de VC. O tratamento dessa patologia visa o reequilíbrio vaginal e o alívio dos sintomas da paciente com o uso de creme vaginal com tampão borato pH 8, além de banhos de assento ou irrigações vaginais com bicarbonato de sódio. Além disso, é preconizado que se reavalie a paciente caso ela apresente uma piora ou persistência do quadro sintomatológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 39-43. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.
- BROLAZO, E.M. *et al.* Prevalência e caracterização de espécies de lactobacilos vaginais em mulheres em idade reprodutiva sem vulvovaginites. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, p. 189, 2009.
- CERIKCIOGLU, N. & BEKSAC, M.S. Cytolytic vaginosis: misdiagnosed as candidal vaginitis. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, v. 12, p. 13, 2004.
- FEBRASGO. Vulvovaginites. *In: Manual de orientação em trato genital inferior*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, p. 60, 2010.
- FEUERSCHUETTE, O.H.M. *et al.* Candidíase vaginal recorrente: manejo clínico. *Femina*, v. 38, p. 32, 2010.
- GIRALDO, P.C. *et al.* Influence of frequency of vaginal intercourse and the use of douching on vaginal microbiota. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 27, p. 257, 2005.
- HU, Z. *et al.* Identification of cytolytic vaginosis versus vulvovaginal candidiasis. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, v. 19, p. 152, 2015.
- MA, B. *et al.* Vaginal Microbiome: Rethinking Health and Disease. *The Annual Review of Microbiology*, v. 66, p. 371, 2012.
- NEVES, J.J. *et al.* Alterações celulares reativas frente ao morfotipo de lactobacilos vaginais. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, v. 51, p. 219, 2019.
- PURI, S. Cytolytic vaginosis: A common yet underdiagnosed entity. *Annals of Tropical Pathology*, v. 11, p. 29, 2020.
- SATTERWHITE, C.L. *et al.* Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates. *Sexually transmitted diseases*, v. 40, p. 187, 2008.
- SOARES, R. *et al.* Cytolytic vaginosis: an underdiagnosed pathology that mimics vulvovaginal candidiasis. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, v. 11, p. 106, 2017.
- SOBEL, J.D. *et al.* Approach to females with symptoms of vaginitis. *In: Up to Date*, 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-females-with-symptoms-of-vaginitis>>. Acesso em: 1 nov. 2020.
- SOMMACAL, L.F. *et al.* Vaginose citolítica. *Jornal da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina*, v. 25, p. 6, 2009.
- SURESH, A. *et al.* Cytolytic vaginosis: A review. *Indian Journal of Sexually transmitted Diseases and AIDS*, v. 30, p. 48, 2009.
- VENUGOPAL, S. *et al.* Epidemiology and clinic-investigative study of organisms causing vaginal discharge. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, v. 38, p. 69, 2017.
- XU, H. *et al.* Characterization of the vaginal microbiome during cytolytic vaginosis using high-throughput sequencing. *Journal of Clinical Laboratory Analysis*, v. 33, e22653, 2019.
- YANG, S. *et al.* Clinical Significance and Characteristic Clinical Differences of Cytolytic Vaginosis in Recurrent Vulvovaginitis. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, v. 82, p. 137, 2016.
- YANG, S. *et al.* Variation of the Vaginal Lactobacillus Microbiome in Cytolytic Vaginosis. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, v. 24, p. 417, 2020.

29

PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO ESTADO DO AMAZONAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Fametro – CEUNIFAMETRO, Manaus-AM.

² Professora Doutora do Curso de Medicina do Centro Universitário Fametro – CEUNIFAMETRO, Manaus-AM.

AUTORES

DÉBORAH LIGIANE PORTELA DE MATOS¹

MARIA BEATRIZ OLIVA PINTO¹

ANDREIA FERREIRA SOUZA²

Palavras-chave: Amazonas; Câncer de Colo Uterino; HPV.

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o Câncer de Colo de Útero (CCU) é caracterizado pelo crescimento desordenado do epitélio de revestimento do mesmo, acometendo o estroma (tecido subjacente) e possivelmente as estruturas e órgãos próximos ou distantes dele, e pode ser classificado em dois tipos de carcinoma, a depender do epitélio comprometido, são eles: o carcinoma epidermoide e o escamoso.

A carcinogênese está relacionada a diversos fatores genéticos e ambientais além de agentes físicos e químicos variados, entretanto, sabe-se que este processo se apresenta em diversas etapas e tem como fator determinante as alterações no equilíbrio citogenético (RIVOIRE, 2006). A patologia oncológica das células cervicais uterinas está relacionada a vários agentes carcinogênicos (vírus de Epstein-Barr, citomegalovírus, vírus da herpes simples e sêmen), contudo, de acordo com estudos epidemiológicos, o vírus do papiloma humano (HPV), apesar de não ter sua fisiopatologia completamente compreendida, demonstrou ser o agente causador de aproximadamente 90% das lesões (RIVOIRE, 2006).

O CCU é o terceiro mais incidente na população feminina brasileira. Segundo INCA (2020), nos anos de 2010 e 2011, o CCU foi tido como o segundo tipo de neoplasia com maior incidência na população feminina, com risco estimado de 18/100 mil mulheres, da qual somente a Região Norte apresentou taxa de incidência equivalente a 23/100 mil mulheres.

Os números de casos novos de CCU esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CCU é o segundo mais incidente na Região Norte. De acordo com o INCA, 2020, a estimativa para este câncer em 2020 na Região Norte será de 2.060

casos para cada 100 mil mulheres, com uma taxa bruta de 22,47 e no Amazonas, essa estimativa é de 700 casos por 100 mulheres, com a taxa bruta de 33,08.

Ainda que a discrepância das taxas de prevalência e morbidade pelo CCU na Região Norte seja elevada, especificamente no Estado do Amazonas, nota-se que não há estudos suficientes que sejam abordados na literatura considerando as altas taxas dessa enfermidade. Visto isso, observa-se a necessidade do aumento da cobertura, uma vez que a abordagem de políticas públicas não é específica para necessidades regionais. Assim, há o aumento da qualidade de vida das mulheres, uma vez que, se diagnosticada e tratada inicialmente, esta neoplasia apresenta bom prognóstico (*The American Cancer Society medical and editorial content team* (2020)).

O objetivo deste estudo foi descrever a alta prevalência do carcinoma de colo uterino na população amazonense e seus índices na Região Norte do Brasil e, com isso, expor de forma integral as discussões a partir de resultados já evidenciados na literatura.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão descritiva, exploratória do tipo revisão integrativa da literatura sobre a Prevalência do CCU no Amazonas. O objetivo é fazer uma pesquisa descritiva baseada na literatura existente, e com isso descrever de forma integral as discussões a partir de resultados já evidenciados na literatura sobre a Região Amazônica, para ter o intuito de ajudar a aperfeiçoar o serviço de políticas públicas sobre o CCU e sua cobertura de rastreamento neste Território. Foram utilizadas bases de dados como PubMed, SciELO, INCA, CERVICAL CANCER SOCIETY.

Foram atribuídos como critérios de inclusão: artigos que possuíssem descritores como: Amazonas, Câncer de Colo Uterino, HPV e Mulheres. Contendo informações sobre seus determinantes. Foram excluídos as duplicidades e os artigos sem resumo, não tendo relevância no trabalho. No total, 14 artigos foram achados para esta pesquisa, mas sete foram selecionados atendendo a esses critérios.

Não houve delimitação por período dos artigos. A busca foi realizada em agosto de 2020. Por se tratar de uma pesquisa que não envolve seres humanos, não houve necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Abaixo (Tabela 1), está representada a caracterização geral dos artigos compostos deste estudo.

Tabela 1. Distribuição dos artigos segundo autor, ano de publicação, período, metodologia, intervenção, amostra e desfecho

Autores	Ano	Periódico	Metodologia	Intervenção	Amostra	Desfecho
VALE <i>et al.</i>	2010	Cadernos de Saúde Pública	Estudo original de natureza quantitativa ou qualitativa.	Avaliação do rastreamento do CCU na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil.	Os sujeitos foram todas as mulheres que se submeteram ao exame citológico para rastreamento do CCU na ESF, de janeiro de 2001 a dezembro de 2007.	Essa ação ainda é deficiente, uma vez que ao longo dos sete anos analisados de ESF observou-se algum ajuste no rastreamento do CCU, sem, no entanto, modificar a modalidade oportunística para um programa organizado.
CARVALHO <i>et al.</i>	2018	Saúde em Debate	Este estudo tem caráter qualitativo e quantitativo.	Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do CCU.	Realizaram-se entrevistas com a aplicação de questionário semiestruturado, que abordou a regularidade no uso de serviços de saúde e tipo de serviço utilizado; experiência com exame preventivo e consulta ginecológica	Os achados deste estudo corroboram uma contradição entre as estratégias de rastreamento e controle do CCU preconizadas pelo MS e a forma de organização dos serviços de saúde responsáveis por essas ações.
PINHO-FRANCA-JUNIOR	2003	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	Relato de Caso	Prevenção CCU: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau.	População feminina de 15 a 49 anos, em que se observou uma prevalência na realização do teste de Papanicolau. Foram excluídas as mulheres que nunca tiveram atividade sexual.	Países latino-americanos o elevado índice de incidência de lesões cervicais pode ser explicado pelo perfil epidemiológico que a doença adquire.
The American Cancer Society Medical and Editorial	2020	American Cancer Society.	Estudo original de natureza quantitativa ou qualitativa.	Cervical Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging.	Foram incluídas mulheres com idade sexual ativa.	Mulheres diagnosticadas e tratadas precocemente, esta neoplasia apresenta bom prognóstico.

CARVALHO & JURADO	2018	Revista Científica de Enfermagem	Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa da literatura científica.	Apresentar os motivos que levam as mulheres a não aderirem ao exame de esfregaço vaginal	A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino	Facilitar o acesso das mulheres ao exame de esfregaço vaginal, fazendo com que haja superação dos fatores de impedimento e uma melhor compreensão de seus sentimentos relacionados ao exame preventivo.
GONTIJO et al.	2004	Cadernos de Saúde Pública	Estudo original de natureza quantitativa ou qualitativa.	Citologia oncológica, captura de híbridos II e inspeção visual no rastreamento de lesões cervicais.	Avaliar as alterações na citologia oncológica, 5% em 684 mulheres atendidas em uma unidade de saúde, e avaliar o desempenho e a concordância entre os exames.	A utilização de técnicas alternativas, como a inspeção visual com ácido acético associados à citologia poderiam resultar em melhoria da detecção das lesões cervicais, com consequente diminuição da incidência e mortalidade por esta doença.
BRITO-SILVA et al.	2014	Revista de Saúde Pública	A condição traçadora foi analisada utilizando metodologia quantitativa.	Integralidade no cuidado ao CCU.	Mulheres de 25 a 59 anos em município de grande porte populacional e com tecnologia disponível	A cobertura insuficiente da citologia oncológica associada ao relato dos entrevistados permite compreender as dificuldades de acesso na atenção primária, bem como a fragilidade na busca ativa de casos.
HIRAY MURATA, I. M. et al.,	2012	Revista Brasileira de Cancerologia	Estudo de base populacional analítico com desenho transversal realizado na cidade de Maringá, Paraná, no período de outubro a dezembro de 2006	Cobertura do Papanicolaou em Mulheres de 25 a 59 anos de Maringá - PR, Brasil	A cobertura do exame nos últimos três anos foi de 87,6% mulheres e 12,4% nunca realizaram ou fizeram há mais de três anos. Não se observou qualquer associação significativa dos dados sociodemográficos e o exame preventivo.	A periodicidade anual de realização foi predominante para usuárias do SUS, não atendendo as recomendações do Ministério da Saúde de trienalidade.

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o INCA (2020) até o ano de 2013, com intuito de controlar o CCU, o Ministério de Saúde evidenciava o rastreio apenas na população feminina com vida sexual ativa na idade entre 25 a 64 anos através do exame Papanicolau.

Na Região Norte, o CCU ainda representa uma problemática maior, comparando-se a outras Regiões. Alguns fatores podem explicar a cobertura parcial do programa de rastreamento neste território, tais como: aspectos culturais, dificuldade geográfica, falha no acompanhamento clínico e até mesmo condutas não adequadas (BRITO-SILVA *et al.*, 2014). Como foi visto no estudo, a cidade de Manaus possui a maior taxa de casos de CCU no Brasil. Regiões com altos índices podem apresentar o programa de rastreio adequado na teoria, porém sem a sistematização adequada para aquela determinada região na prática (VALE *et al.*, 2010).

O Quadro 1 mostra a distribuição proporcional dos 10 tipos de câncer mais incidentes estimados para as mulheres no ano de 2020, excluindo pele não melanoma, na cidade de Manaus-AM (INCA, 2020).

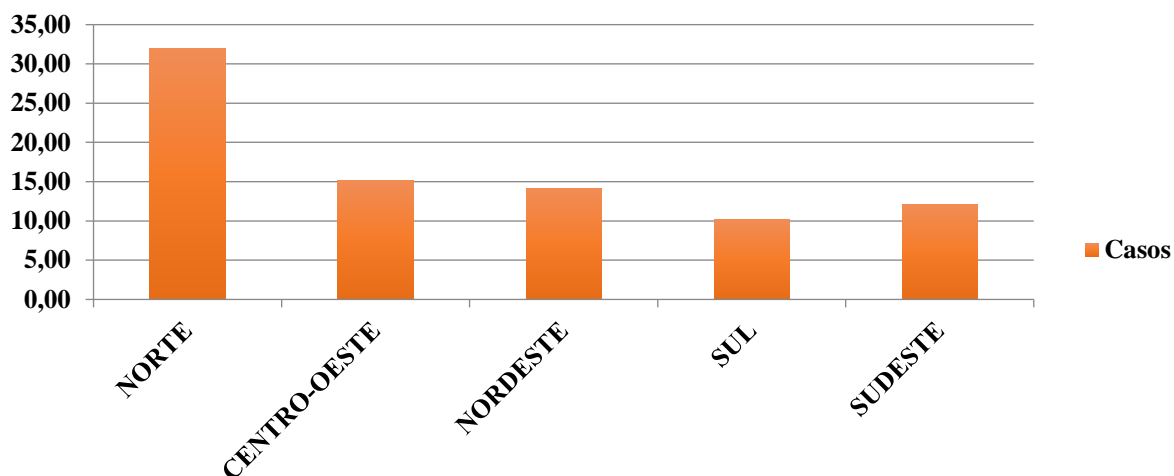
Quadro 1. Estimativas para o ano de 2020 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes, segundo sexo e localização

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Mama Feminina	450	21,40	32,13	380	33,82	57,80
Colo de Útero	700	33,08	40,18	580	51,94	61,54
Traqueia, Brônquio e Pulmão	130	6,40	10,59	40	3,83	5,26
Cólon e Reto	110	5,05	7,48	60	5,52	7,32
Estômago	120	5,79	8,46	80	7,39	9,71
Cavidade Oral	30	1,32	1,99	20	1,79	2,35
Laringe	20	0,80	1,24	**	1,14	1,66
Bexiga	**	0,74	1,25	**	1,20	1,87
Esôfago	**	0,52	0,77	**	0,81	1,12
Ovário	80	3,94	5,46	70	6,62	8,24

Legenda: População padrão mundial (1960)/Números arredondados para múltiplos de 10./**Número de casos menor que 20. **Fonte:** Instituto Nacional do Câncer, 2020.

No Gráfico 1, observa-se a estimativa para 2020 das Taxas de Incidência por 100 mil habitantes, em relação ao CCU, segundo as regiões geográficas brasileiras em suas capitais. De acordo com o MS (INCA, 2020), a estimativa para esse ano na Região Norte é de 2.060 casos, sendo sua maioria vinda das capitais. No Amazonas, em específico, tem-se uma taxa estimada de 40,18 casos para cada 100 mil mulheres.

Gráfico 1. Representação das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2020 com CCU.



Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2020.

Considerando o manual “Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero” (INCA, 2019), o HPV é condição necessária para o câncer cervical, a vacinação para prevenção do mesmo, representa potencial para reduzir a carga de doença cervical e lesões precursoras. A vacina contra o HPV, até 2016 tinha o foco somente em meninas com a idade entre 9 e 14 anos, entretanto, essa cobertura vacinal estendeu-se para os meninos com idade entre 11 a 14 anos e para os portadores de HIV a faixa etária é mais ampla, entre 9 a 26 anos.

Segundo a Exposição “A mulher e o CCU” (MS, 2018), ambas as vacinas possuem maior indicação para meninas e meninos que ainda não iniciaram a vida sexual, uma vez que apresentam maior eficácia na proteção de indivíduos não expostos aos tipos virais presentes nas vacinas.

O CCU é uma das mais graves ameaças à vida das mulheres. Estima-se que mais de um milhão de mulheres sofram da doença no mundo, e a maior parte delas encontra-se em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (CARVALHO *et al.*, 2018). Ademais, segundo o INCA, em comparação às demais regiões brasileiras, a Norte se destaca com maiores índices de acometimento pela patologia.

Pinho e França-Junior (2003) demonstraram que, em países latino-americanos, o elevado índice de incidência de lesões cervicais pode ser explicado pelo perfil epidemiológico que a doença adquire, como o grau de implementação de ações efetivas para rastreamento, o diagnóstico precoce e tratamento das lesões além das medidas educacionais, socioeconômicas e políticas.

Para detecção e rastreamento de lesões cervicais são utilizados exames como a colpocitologia oncótica, colposcopia, cervicografia e testes de detecção de DNA em esfregaço nos casos de HPV. Contudo, dentre eles, a colpocitologia oncótica, ou teste de Papanicolau, é considerado o mais efetivo e eficiente utilizado para o rastreamento das lesões não invasivas (PINHO & FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Ainda que haja a realização de campanhas para o rastreamento do câncer e o contínuo trabalho de educação em saúde, ainda se observa cobertura ineficiente evidenciada na não periodicidade da realização do exame principalmente na rede pública de saúde (HIRAY MURATA, I. M. *et al.*, 2012). Apesar da comprovada eficácia e redução das taxas de morbimortalidade por câncer cervical, a cobertura do exame ainda não apresenta níveis suficientes em países em

desenvolvimento. É descrita na literatura, em um estudo transversal realizado com 987 mulheres, a prevalência de 68,9% em pacientes que realizaram a colpocitologia oncótica pelo menos uma vez durante toda a vida. Enquanto 60,8% dessa população realizaram o exame nos últimos três anos e apenas 41,3% o fizeram no último ano (NASCIMENTO, 1987 apud PINHO & FRANCA-JUNIOR, 2003).

Entre os motivos de não adesão à consulta e exame estão os sentimentos de vergonha, constrangimento e medo, além do desconhecimento do CCU e da importância da realização do preventivo. O sentimento de vergonha geralmente associa-se à exposição do corpo ao médico, manipulação e toque. O medo relacionado à colpocitologia reside na possibilidade da dor e dos achados oncológicos, relatos de terceiros e exames anteriores também são fortes determinantes na continuidade da cobertura pelo exame (CARVALHO, 2018).

Também foi observado por Pinho e França-Junior que o não seguimento das pacientes e o não recebimento do diagnóstico precoce interfere na credibilidade e adesão ao exame preventivo, contribuindo ainda para os níveis aumentados de cobertura ausente. Aspectos socioeconômicos e a vulnerabilidade social são importantes agravantes para a dificuldade de êxito no rastreamento, diagnóstico e posterior tratamento das lesões.

CONCLUSÃO

Mediante avaliações das literaturas selecionadas, tem-se que predominante na Região Amazônica, o CCU é considerado um dos mais graves problemas de Saúde Pública, que tem afetado milhares de mulheres no Brasil, sendo o terceiro tipo de câncer mais comum entre mulheres no mundo, com uma estimativa de 569.847 casos novos e 311.365 mortes no ano de 2018 (INCA, 2020).

Esta neoplasia está associada à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV, especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais (INCA, 2020). O CCU acomete de forma desigual, em sua maioria são mulheres de baixo nível socioeconômico, independente de idade. Estudos apontam que faixa etária do pico de incidência é entre 45 e 55 anos, não descartando os casos precoces existentes (INCA, 2018).

Além da infecção propriamente dita pelo HPV, existem fatores de riscos que influenciam o grau de agressão, persistência e progressões das lesões dessa infecção, entre eles, podemos citar: tabagismo, relação sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, além da predisposição genética para o câncer. A idade pode interferir nesse processo, sendo mulheres menores de 30 anos infectadas, podem regredir espontaneamente e, por sua vez, mulheres com idades mais avançadas, a persistência é mais frequente (GONTIJO *et al.*, 2004).

A inclusão da participação dos homens no programa em saúde da mulher deve ser estimulada, pois esse assunto não se trata somente de esferas sexuais e reprodutivas da própria mulher, mas também de questões sobre prevenção a doenças.

Ambos os serviços de saúde, tanto o SUS quanto a rede privada, devem estabelecer parâmetros que sejam flexíveis para as necessidades de cada região, para não ser somente um protocolo “robotizado”, mas sim um protocolo que possa ser moldado de acordo com demanda de cada território, em especial aqueles que possuem um maior índice de prevalência do CCU. Dessa forma, presume-se que tenha um impacto positivo nesse programa, detectando e diminuindo o fator causal no desenvolvimento de lesões cervicais neoplásicas (PINHO & FRANCA-JUNIOR, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adriana de Araujo Pinho *et al.* Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. v.3, n.1, p.95, 2003.
- Diama Bhadra Andrade Peixoto do Vale *et al.* Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 383. 2010.
- Iris Maria Hiray Murata *et al.* Cobertura do Papanicolaou em Mulheres de 25 a 59 anos de Maringá - PR, Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 3, p. 409, 2012.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- Keila Brito Silva *et al.* Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev. Saúde Pública* [online]. Vol.48, n.2, p.240, 2014.
- Luane Regina da Silva Carvalho *et al.* Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolau. São Paulo: *Revista Recien.* v.8, n. 23, p. 39, 2018.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer do Colo do Útero: sumário exclusivo. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Brasil: sumário exclusivo para a atenção básica. Rio de Janeiro: INCA. ed. 03, p. 03, 2018.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Exposição a mulher e o câncer do colo do útero: sumário exclusivo. Rio de Janeiro: INCA- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). ed. 1, p. 10, 2018.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Neoplasia maligna da mama feminina e colo do útero (taxas ajustadas): sumário exclusivo. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
- Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro. ed. 2, p.11, 2019.
- Priscila Guedes de Carvalho *et al.* Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. *Saúde Debate* [online]. v. 42, n.118, p. 6870, 2018.
- Renata Clementino Gontijo *et al.* Citologia oncológica, captura de híbridos II e inspeção visual no rastreamento de lesões cervicais. *Cad. Saúde Pública* [online]. v.21, n.1, p.141, 2005.
- The American Cancer Society Medical And Editorial Content Team. Survival Rates for Cervical Cancer. Atlanta, Georgia. v. 2, p.4, 2020.
- Waldemar Augusto Rivoire *et al.* Biologia molecular do câncer cervical. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 6, n. 4, p. 447, 2006.

30

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: BANALIZAÇÃO E IMPLICAÇÕES

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Itaúna - UI, Itaúna, MG.

AUTORES

EDUARDA VASCONCELOS POLLARINI¹
NATÁLIA RESENDE FERREIRA¹

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Assistência ao Parto; Parturiente.

INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade feminina e a desigualdade de gênero estão intimamente associadas e são intensificadas por elementos históricos, culturais, sociais e políticos, de maneira que, frequentemente, inúmeras mulheres sofrem com ações de discriminação e violência. Nesse âmbito, é válido destacar a violência obstétrica (VO), a qual se caracteriza por diversas formas de abordagem desumanizada com as gestantes e abrange condutas do pré-natal, do parto e do pós-parto, inclusive do abortamento (BARBOSA *et al.*, 2017). Desse modo, a VO compreende todas as formas de agressão às mulheres grávidas, sejam estas físicas, verbais, psicológicas ou por negligências na assistência. A título de exemplo, pode-se destacar: a apropriação do corpo da paciente na realização de exames pré-natais, no excesso de procedimentos cirúrgicos desnecessários durante o parto, e a ausência de um apoio específico e adequado nos atendimentos realizados no pós-parto (DINIZ *et al.*, 2015).

Não obstante à recente obtenção de visibilidade, a VO é um impasse com origens históricas na sociedade brasileira, que causa diferentes implicações nas gestantes. Embora seja um nome relativamente novo, o problema é persistente e possui raízes históricas de modo global. Um exemplo dessa herança foi a publicação de uma matéria, que levava o nome de “Crueldade nas maternidades”, em uma revista americana - *Ladies Home Journal*, no final da década de 50. O texto relatava as atrocidades cometidas às parturientes, a exemplo da utilização de fármacos como a morfina e a escopolamina, utilizadas para a obtenção um sono crepuscular (“*twilight sleep*”), que consistia em uma sedação completa, acompanhada de agitações psicomotoras e alucinações. Além do uso indiscriminado de medicamentos, também foi descrita a violência física, com a utilização de algemas e amarras nos pés e mãos, ação que na maioria das vezes era responsável por gerar lesões e hematomas nas pacientes (DINIZ *et al.*, 2015).

No Reino Unido, no ano de 1958, após a criação da “Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas”, ocorreu um movimento responsável pela elaboração de uma carta publicada no jornal *Guardian*, a qual continha expressões de revolta de mulheres que eram submetidas ou sabiam

da realidade das parturientes, de modo que relatava uma péssima experiência de parto. Outro exemplo das raízes existentes foi quando o Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher publicou um relatório, em 1998, com o nome de “*Silencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud em el Peru*”, que mencionava e registrava inúmeras violações dos direitos humanos e as atrocidades contra os direitos da mulheres antes, durante e após o parto (DINIZ *et al.*, 2015). Logo, é possível notar que a luta contra a VO é antiga, embora tenha ganhado mais visibilidade recentemente, fato que auxilia efetivamente na sua problematização e exposição para a sociedade. Atualmente, o assunto passou a ser mais considerado e virou temas de estudos, de documentários e de diversas ações judiciais, ao passo que enfatiza a importância de se falar e ter conhecimento sobre esse assunto.

Em adição à heterogeneidade dos gêneros, a persistência de métodos e procedimentos obstétricos ultrapassados constitui um fator de grande relevância para a existência da VO no Brasil. Diante disso, é possível afirmar que as técnicas de assistência ao parto provêm de um ensinamento mecanizado, uma vez que, em muitos casos, o modelo atual educacional visa mais a competência médica do que o cuidado com a parturiente. Como resultado da utilização de materiais e métodos desatualizados, da falta de embasamento em evidências científicas ou da insuficiência da modernização de profissionais da área da saúde, inúmeras puérperas são negligenciadas diariamente (BARBOSA *et al.*, 2017). Ademais, é válido ressaltar que muitas mulheres são objetificadas durante os ensinamentos, de modo que uma parturiente pode passar por algum procedimento desnecessário apenas perante a necessidade de demonstrar como este ocorre (DINIZ *et al.*, 2015). Assim, demonstra-se uma forma de VO e a urgência de reformulação no tocante às intervenções obstétricas.

Além disso, de acordo com recomendações no Ministério da Saúde, o parto natural, que oferece inúmeros benefícios e maior segurança para mãe e filho, só deve sofrer interferências caso exista um motivo plausível, entretanto, no Brasil, a realidade é incompatível. Nesse contexto, procedimentos prejudiciais e prescindíveis, também representam de VO e precisam ser suprimidos (BARBOSA *et al.*, 2017). Portanto, é de suma importância verificar e compreender a assistência integral das gestantes, desde o acesso ao sistema de saúde até a o atendimento no pós-parto, assim como as pré-concepções das puérperas com relação ao parto, para que a VO seja reconhecida e haja busca incessante pela resolução desse problema de saúde pública.

Posto isso, o presente estudo objetiva analisar e retratar as maneiras de prevalência da violência obstétrica na sociedade contemporânea, bem como suas causalidades e repercussões, principalmente, para as parturientes. Além disso, busca-se apresentar os aspectos da banalização da assistência hostil ao parto e as perspectivas para a naturalização de habilidades mais humanizadas durante esse cuidado.

MÉTODOS

Para realizar o trabalho exposto e alcançar seu objetivo, foi realizada uma pesquisa na atual literatura, com a palavra-chave violência obstétrica, por intermédio das bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), a fim de encontrar artigos científicos relevantes ao tema. Para restringir a busca, foram utilizados filtros de idioma, português e inglês, e de intervalo de ano de publicação de cinco anos. Por conseguinte, houve a seleção de alguns artigos para a leitura e, em sequência, foram escolhidos os trabalhos com vistas a obter um resultado mais direcionado a respeito do histórico e da realidade da VO.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência global da assistência ao parto

Registros apontam que discussões a respeito da VO ocorrem desde 1980, de modo que movimentos sociais foram responsáveis pela realização de pesquisas, com caráter internacional adjunto ao apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), as quais avaliavam e descreviam de maneira explícita a vivência e a experiência ao parto e suas particularidades. Nessa perspectiva, criticavam-se as intervenções desnecessárias que interrompiam o processo fisiológico. No Brasil, essas mobilizações também advêm desde essa época, inclusive por intermédio de trabalhos feministas, que foram de suma importância ao incentivar o debate a respeito dos métodos obstétricos inadequados e invasivos (BARBOZA & MOTA, 2016).

Em decorrência desses movimentos, foi instituído no Brasil o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no ano de 2000, com vistas a uma assistência humanizada integral ao parto, com garantia do direito ao apoio adequado e completo às gestantes. Além do referido programa, outras políticas foram implementadas no país com o objetivo de ampliar e melhorar o cuidado com a mulher. Entretanto, a realidade evidente no Brasil não corresponde à um zelo ideal e humanizado, visto que a VO está presente durante todo o período gravídico-puerperal, desde a organização da instituição, a privacidade e acessibilidade das grávidas, até ao modo de prestação da assistência ao parto e pós-parto (BARBOZA & MOTA, 2016).

Pesquisas realizadas com as puérperas e com seus relatos no momento do parto, em 2011, no Brasil, relataram que a maioria das entrevistadas já vivenciou alguma experiência de maus tratos. Dessa forma, os dados adquiridos afirmaram um consenso em que tal ato é recorrente nas maternidades, especialmente públicas, sendo reconhecido pelas mesmas como um ato de violência. Essas ações injuriosas são frequentes no ambiente hospitalar, onde as mulheres são tratadas de modo desrespeitoso e desumano, com transformação de um momento que deveria ter uma carga emocional positiva em uma condição de dor e sofrimento (BARBOZA & MOTA, 2016). Logo, pode-se dizer que as práticas obstétricas no país não são baseadas em evidências científicas e estão repletas de procedimentos prejudiciais às mulheres, o que demonstra que pesquisas e debates sobre essa realidade são de suma importância, como já recomendado pela OMS em 2014 (DINIZ *et al.*, 2015).

No que se diz respeito a posição de outros países em relação a VO, é possível citar a Venezuela, que apresentou um grande avanço, ao promulgar a “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, em 2007. Esta legislação tem a finalidade de proteger e assegurar o direito das mulheres, com delimitação de quais formas de violência se enquadram na VO. Com isso, é estabelecido, que dentre esta classificação, estão: obrigar a mulher a parir em posição de litotomia; impedir o contato com seu bebê sem justificativa médica; utilização de técnicas que aceleram o parto sem consentimento da gestante; e a prática da cesárea quando há condições de se fazer o parto natural. Por conseguinte, essa mudança na legislação permitiu uma melhora nas condições das gestantes, entretanto, é necessária uma maior propagação dessa lei, uma vez que o fato de ela ter sido aprovada não garante que seja de fato efetivada, e nem garante o conhecimento por parte da população (ZANARDO *et al.*, 2017).

Ao retomar a história da VO no Brasil e relacioná-la à contemporaneidade, é de extrema importância ressaltar que, como relatado por ativistas da década de 80, a violência contra a mulher não se baseia somente no ato sexual, mas também na relação médico-paciente (DINIZ *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, visto que a falta de informação está aliada à influência externa sobre as mulheres, essas podem ser induzidas em suas decisões ou, até mesmo, não terem propriedade de escolha, fato que se deve, inclusive, aos precedentes de desigualdade de gênero no país. Dessa forma, os pensamentos antecipados sobre o momento do parto podem advir de experiências prévias, sensoriais ou comportamentais durante a assistência médica ao parto, além de relatos de outras mulheres ou de informações intimidadoras (BARBOSA *et al.*, 2017).

Dentre as pré-concepções a respeito do processo da parturição é possível mencionar que as mulheres relacionam o parto fisiológico com a dor, visto que essas não têm conhecimento sobre os mecanismos para alívio da dor e, por conseguinte, acabam escolhendo a cesariana. Além disso, o pensamento errôneo de que seu corpo não está preparado para esse processo fisiológico também leva à ideia e à acreditação de que intervenções médicas devem ser realizadas (BARBOSA *et al.*, 2017). Posto isso, pode-se concluir que a insegurança das parturientes, o medo e as atuais pré-concepções com relação ao parto estão relacionados aos fatores históricos, sociais e culturais e à ausência de uma relação de segurança entre o médico e a paciente.

Propulsores de uma experiência negativa no período gravídico-puerperal

A princípio, é possível destacar que o principal elemento responsável por ocasionar uma experiência negativa à gestante, e que influencia na permanência da VO, corresponde a desinformação. Neste sentido, a ausência do fornecimento de informações completas e adequadas às mulheres desde o pré-natal faz com que essas não tenham conhecimento a respeito de seus direitos e não reconheçam casos de VO. Sob tal perspectiva, quando o profissional de saúde não evidencia à puérpera as possibilidades de um parto humanizado e toma decisões individuais, ou as persuade a uma escolha impertinente, apresenta-se uma apoderação do corpo da mulher (LANSKY *et al.*, 2019). Com isso, a parturiente perde seu protagonismo diante dessa vivência, que deveria ser única e especial, e ainda passa por situações desumanas.

É indubitável que a ausência de um acompanhante na hora do parto, principalmente por restrição da própria instituição, pode acarretar em uma experiência ruim para a mulher, além de ser uma das implicações da VO sobre a mortalidade materna. Dessa forma, a ausência de apoio familiar ou do parceiro pode acarretar em consequências graves para a gestante, uma vez que, além de oferecer o suporte psicológico adequado, o acompanhante pode sinalizar enfaticamente para o profissional uma piora no estado clínico da paciente e assegurar que suas escolhas e decisões prevaleçam (TESSER *et al.*, 2015).

Além disso, é válido ressaltar que as técnicas violentas em ações de assistência às mulheres no período gravídico-puerperal são sustentadas pelos aspectos históricos e culturais. Simultaneamente, é possível afirmar que, ao se observar a prevalência da violência entre as diferentes classes da sociedade, os fatores sociais também são relevantes. Nesse âmbito, estudos apontam que a ocorrência de VO é maior em mulheres negras ou pardas, com baixo grau de escolaridade e que utilizam o sistema público de saúde, cenário esse que demonstra uma segregação social e abuso de poder com as classes desfavorecidas (BARBOSA *et al.*, 2017).

O atendimento impessoal e mecanizado, e o excesso de procedimentos desnecessários, sobretudo quando efetuados sem consentimento das mulheres, também são fatores negativos à vivência das gestantes. Assim, a mecanização da assistência ao parto caracteriza-o como um processo técnico e de comercialização, de modo que suprime o processo fisiológico. Logo, esses

elementos são de grande relevância na análise desse contexto, uma vez que podem ocasionar inúmeras consequências, físicas ou psicológicas, às parturientes (SANTIAGO *et al.*, 2017). Ademais, a negligência na assistência e na vigilância quanto aos atendimentos obstétricos contribuem para a ocorrência da VO. Desse modo, como retratado por Venturi, no Brasil, uma em cada quatro mulheres relata ter sofrido algum tipo de violência durante o parto, inclusive verbal (Figura 1), por gritos e xingamentos, enfatizando a gravidade da situação (2013 apud LANSKY, 2019, p. 2812).

Figura 1. Foto de Eva Maria Cordeiro relatando a VO sofrida na hora do parto



Fonte: LAZZERI, 2015.

Aspectos da banalização da assistência hostil às parturientes

É indubitável que a VO é um impasse banalizado na sociedade brasileira, haja vista que a assistência hostil no período gravídico-puerperal muitas vezes não é reconhecida ou não é tratada como uma transgressão dos direitos das parturientes. Além disso, é válido ressaltar que a naturalização da violência nas ações de assistência às mulheres no período gravídico-puerperal também é sustentada por aspectos históricos, culturais e políticos. Logo, a maneira como são conduzidos os atendimentos está atrelada à concepção de desigualdade de gênero e de raças, de modo contribui negativamente para a banalização de técnicas violentas na obstetrícia. Embora os atos de agressão direcionados às gestantes não possuam qualquer embasamento científico, esses são tidos como normais e aceitáveis, na maioria das vezes, por serem cometidos por médicos, que são considerados uma figura de superioridade e sabedoria no ambiente hospitalar (BARBOSA *et al.*, 2017).

Nesse contexto, é possível afirmar que o modelo de atuação perante às parturientes, como a abordagem impessoal e o autoritarismo exercido pelo profissional de saúde, com a criação de uma verticalização dos poderes, é, por si, só um elemento nocivo ao cuidado ideal às gestantes. Como

dito anteriormente, o modelo educacional e de atuação na obstetrícia tem se mostrado muito mecanizado e ultrapassado, de forma que, em alguns casos, o apoio ao parto é tratado como um meio de comercialização em detrimento a um meio de atenção e cuidado. Em decorrência da sensação de inferioridade e por acharem aceitáveis as atitudes tomadas na assistência à gravidez, as parturientes não questionam as atitudes dos profissionais e suportam qualquer forma de negligência que tenha ocorrido. Assim, atos de violência de qualquer tipo podem ser tolerados e naturalizados, além de caracterizarem uma experiência negativa para as parturientes (BARBOSA *et al.*, 2017).

Diante pesquisas realizadas, parte dos profissionais da área da saúde afirma não reconhecer e não realizar a VO no ambiente hospitalar e caracterizam seus atos como previsíveis e necessários frente a assistência à gestante (BARBOSA *et al.*, 2017). Dessa forma, a falta de percepção, no que se diz respeito às atitudes tomadas frente à parturição, contribui para a banalização e naturalização da violência obstétrica. Outrossim, foi evidenciado por um estudo que os estudantes de medicina são, muitas vezes, durante a graduação, influenciados e ensinados a praticarem atos desnecessários na intervenção ao parto, de modo a realizar ações sem indicação e sem o consentimento da gestante (CUNHA *et al.*, 2020). Por conseguinte, as vontades das parturientes não são indagadas e elas não participam das decisões a respeito de seu próprio parto e corpo.

Revelações da presença de violência obstétrica

A assistência à gestante, em sua maioria, não viabiliza um parto humanizado, visto que várias técnicas são utilizadas de modo a interferir desnecessariamente o processo fisiológico, fato que pode gerar inúmeras consequências materno-fetais. Com isso, as puérperas não tem suas vontades respeitadas e, muitas vezes, não têm conhecimento a respeito do que está acontecendo com o seu corpo, assim, a autonomia da mulher, que deveria ser a protagonista, é reduzida (SANTIAGO *et al.*, 2017). Nesse sentido, atitudes que poderiam favorecer uma boa experiência às parturientes também são descartadas em modelos vigentes de atenção ao parto. A título de exemplo, a amamentação na primeira hora ou o clampeamento tardio do cordão umbilical, que favorecem o vínculo entre mãe e filho e os oferecem benefícios, muitas vezes são ignorados pelo modelo atual mecanizado de parto, em que se visa o lucro. Além disso, é possível destacar outros procedimentos prejudiciais realizados durante o parto, que podem ser considerados violências obstétricas quando realizados sem que haja necessidade.

Dentre as formas de VO mais comuns, está o uso não regulado de ocitocina, com vistas a indução de contrações para acelerar o parto, uma vez que não respeita o modo natural e fisiológico do corpo humano. A ocitocina consiste em um hormônio produzido pelo organismo humano, mais especificamente pelo hipotálamo, que tem como uma de suas finalidades gerar contração na hora do parto, de forma que também pode ser utilizado sinteticamente, se necessário. A substância exógena foi sintetizada no início da década de 1950 e ainda é utilizada a fim de induzir o parto, mesmo não sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (NUCCI *et al.*, 2018). Embora a utilização desse hormônio sintético possa ser benéfica, em situações de ausência de trabalho de parto ou aborto, seu uso indiscriminado para intervenções no momento do parto nos últimos anos, sem necessidade, é crescente.

Já a manobra de Kristeller, é um procedimento que caracteriza uma VO física, uma vez que consiste em uma pressão no fundo do útero a fim de induzir um parto mais rápido. Esse mecanismo foi proibido em diversos países e se encontra em desuso em outros, mas infelizmente ainda é

recorrente no Brasil. Ademais, a episiotomia, que consiste em um corte no períneo para uma maior abertura no momento do parto, sem consentimento da gestante ou sem precisão também é uma forma de agressão. Por exemplo, é possível afirmar que a realização de uma episiotomia desnecessária durante o ensino para formação acadêmica de um profissional consiste em uma VO, de modo que o corpo da mulher é objetificado a um meio de estudo (DINIZ *et al.*, 2015).

Entre as outras formas de agressões persistentes, é possível citar os xingamentos, que podem diminuir e desmerecer a dor sentida pela gestante; os tratamentos desrespeitosos e humilhantes, que podem causar problemas psicológicos; os exames de toque em excesso e inadequados, principalmente quando realizados sem o consentimento da gestante; a não informação dos direitos e dos danos que certos procedimentos podem causar; a exigência da posição horizontal durante o parto e a desconsideração das vontades das puérperas, inclusive quando prescritas no plano de parto (DINIZ *et al.*, 2015).

É de suma importância estabelecer que a prática da cesariana sem indicação também consiste em uma VO. Ao se analisar os dados das últimas décadas, é perceptível um aumento na taxa de cesarianas, de modo que somente no ano de 2008 foram realizadas 6.2 milhões de cesáreas desnecessárias no mundo e, desse número, o Brasil e a China correspondem a aproximadamente 50%. De maneira análoga, o aumento da realização de cesáreas em todo o mundo está intimamente relacionado à evolução e aumento ao acesso pelas mulheres a esse procedimento, mas também à realização em grande escala sem indicação médica (MASCARELLO *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, é válido ressaltar que a maioria das mulheres, em primeiro momento, prefere a realização do parto normal, porém ao analisar-se os dados referentes ao que realmente ocorre, vê-se que mais da metade dos partos realizados no Brasil são cesarianas. Isto acontece por diversos fatores, estando entre eles, o “medo de parir”, que geralmente se baseia em relatos feitos por conhecidas, e a falta de informação dos benefícios de um parto natural (BARBOSA *et al.*, 2017). De certa forma, a cesárea consiste em um potencial salvador de vidas, ao serem realizadas de forma segura e com o acompanhamento médico adequado. Entretanto, o desafio se baseia em oferecer esse ato cirúrgico, de modo seguro, em países em desenvolvimento e com alta mortalidade materna (MASCARELLO *et al.*, 2017).

Implicações sociais e individuais

Estudos apontam que as taxas de mortalidade e morbidade materno-fetal durante a cesariana sobressaem em média de cinco a 20 vezes ao de parto normal e, por isso, deve ser utilizada somente em casos de extrema necessidade (SANTIAGO *et al.*, 2017). Uma vez que, assim como outra cirurgia, a cesárea possui consequências a médio e a longo prazo, a redução na realização desse procedimento, em situações que não são necessárias, podem contribuir para a diminuição da morbimortalidade materna.

Além das consequências cirúrgicas, é preciso enfatizar os traços psicológicos que este método irá ocasionar na vida da mulher, haja vista que ao ser caracterizado como um trauma, este momento poderá refletir na sua saúde mental, e afetar também o bebê. Pesquisas no campo da Psicologia Pré e Perinatal expõem que o momento da gravidez e do parto é de enorme significado psíquico na vida da mulher, visto que ocasiona grandes alterações físicas e hormonais, além de afetar a forma como ela se vê e se coloca diante a sociedade. Assim, para Souza, este momento é considerado turbulento, de modo que envolve aspectos fisiológicos e mentais, com a possibilidade

de surgimento de alterações psíquicas, principalmente no momento pós-parto (2008 apud DIAS & PACHECO, 2020, p. 10). É válido ressaltar que qualquer tipo de agressão obstétrica pode resultar em problemas psicológicos, além de privar mãe e bebê dos benefícios que o parto fisiológico pode oferecer, como o aumento do vínculo afetivo.

Nesse contexto, pesquisas apontam que quando o período gravídico-puerperal é caracterizado por experiências negativas, é notório o aumento de sintomas depressivos nas puérperas, de modo que se evidencia a necessidade de uma reestruturação integral da assistência obstétrica (DIAS & PACHECO, 2020). Ademais, ao se considerar que o momento do parto, por si só, acarreta em transformações biopsicossociais na vida da mulher, o processo torna-se mais intenso com a realização de procedimentos técnicos desnecessários, como a episiotomia e a manobra de Kristeller, os quais podem gerar danos teciduais. É importante salientar que a VO é um impasse que acomete principalmente as mulheres grávidas, mas que consiste em um problema de saúde pública, o qual contribui para o aumento da heterogeneidade de gêneros e da hierarquia social, de maneira que afeta toda a população.

Direito das mulheres diante à assistência obstétrica

Diante desse contexto de VO, é importante que haja a disseminação dos direitos das mulheres na assistência obstétrica. Dentre eles estão o direito a um atendimento respeitoso e a autonomia da mulher como protagonista do seu próprio parto em detrimento ao médico, o qual é visto como o principal agente desse momento e que toma as decisões muitas vezes sem o consentimento ou o conhecimento da puérpera. Além disso, durante o parto é direito da mulher a presença de uma equipe capacitada e multiprofissional que realize uma assistência baseada em evidências científicas, para possibilitá-la um processo de parturição adequado, agradável e seguro (ZANARDO *et al.*, 2017).

Ademais, é importante destacar que as puérperas têm direito a um acompanhante, ao alívio de dor e, inclusive, à participação das decisões e ao plano de parto, o que representa um guia de respeito às vontades das gestantes. Dessa maneira, é fundamental que o sistema de saúde informe às parturientes e possibilite o acesso aos seus direitos, de modo que proporcione facilidade e abertura para esclarecimento de possíveis dúvidas. Logo, o suporte contínuo e digno, com um bom relacionamento com a equipe, o acesso a um ambiente adequado para o parto e ao alívio da dor, pode levar à satisfação com o parto. Por fim, vale ressaltar que os direitos obstétricos constituem os principais pilares do “parto humanizado”, que consiste em um procedimento que respeita e garante as vontades das gestantes (ZANARDO *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Pelo exposto, é possível concluir que a VO é um problema antigo, que ainda está presente na realidade de muitas gestantes no Brasil e necessita de maior visibilidade. Portanto, visando o combate de todas as variáveis relacionadas a ela, são necessárias modificações intrínsecas na sociedade, de maneira que forneça uma visão ampla e categórica sobre os procedimentos realizados na obstetrícia, principalmente às pacientes, para que essas sejam capazes de reconhecer o quadro de VO. Com vistas a uma maior disseminação de informações, é considerável uma implementação, por exemplo, da educação perinatal para os casais, com a intenção de que a decisão e o plano de parto

sejam elaborados com clareza e eficiência. Por outro lado, é preciso mudar o processo de formação dos profissionais de saúde, para um modelo menos tecnicista e mais humanista, de modo que não apenas proponha políticas e programas baseados em evidências científicas, mas coloque-os em prática.

Nessa perspectiva, almeja-se uma assistência ao parto ampla, que detenha uma melhor articulação entre o pré-natal, parto e pós-parto, e corresponda a um cuidado individualizado, acolhedor e qualificado. Além disso, os paradigmas impostos sobre os procedimentos obstétricos, inclusive as intervenções técnicas e cirúrgicas, devem ser empregados de forma mais humanizada e consciente, de modo que acompanhem e respeitem o processo fisiológico e cultural de cada paciente a fim de proporcionar um apoio integral e adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, L.C. *et al.* Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Avances en Enfermería*, v. 35, p. 190, 2017.
- BARBOZA, L.P. & MOTA, A. Violência obstétrica - vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 5, p. 119, 2016.
- CUNHA, A.L. *et al.* Produção de conhecimento sobre violência obstétrica: o lado invisível do parto. *Revista Nursing*, v. 23, p. 3529, 2020.
- DIAS, S.L. & PACHECO, A.O. Marcas do parto: as consequências psicológicas da violência obstétrica. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*, v. 3, p. 4, 2020.
- DINIZ, S.G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, p. 377, 2015.
- LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2811, 2019.
- LAZZERI, T. Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto. *Época*, 2015. Disponível em: <https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- MASCARELLO, K.C. *et al.* Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 105, 2017.
- NUCCI, M. *et al.* Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. *História, Ciências, Saúde*, v. 25, p. 979, 2018.
- SANTIAGO, D.C. *et al.* Violência obstétrica: uma análise das consequências. *Revista Científica da FASETE*, v. 148, p. 148, 2017.
- TESSER, C.D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* v.10, p.1, 2015.
- ZANARDO, G.L.P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, v. 29, e155043, 2017.

31

HABILIDADES CLÍNICAS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA ONLINE

FILIAÇÃO

¹ Médica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Mestranda na Universidade de Ciências da Saúde (UNCISAL).

² Professora Titular da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Mestrado e Doutorado em Odontopediatria pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Pós-Doutora em Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias-Lisboa-Portugal.

³ Professora Associada da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Mestrado e doutorado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pós-Doutora em Educação a Distância pela Universidade Aberta (UaP), Lisboa-Portugal.

AUTORES

ELIZABETH BACHA¹

ALMIRA ALVES DOS SANTOS²

ROZANGELA M DE A F WYSZOMIRSKA³

Palavras-chave: Habilidades Clínicas, Ensino Médico; Educação Online.

INTRODUÇÃO

É essencial que se desenvolvam habilidades nos discentes de medicina para realizar um atendimento à mulher com empatia, compreendendo a dimensão sociológica, emocional e reconhecendo o que é o fisiológico e o patológico de cada fase do desenvolvimento do aparelho genital feminino, incluindo o período gestacional. Além disso, procurar evidenciar que uma anamnese e exame físico feitos primorosamente se tornam cruciais na prevenção de vários tipos de doenças e assim contribuem para diminuir a morbidade e mortalidade da mulher e do recém-nascido.

Habitualmente, os cursos de medicina não “comungam” com ensino remoto, especialmente em disciplinas que envolvam atividades práticas. Com o advento da chegada da pandemia de

COVID-19, os docentes foram impelidos a repensar sobre sua prática e a inserção da modalidade à distância. A portaria nº 544, do Ministério da Educação, em 16 de junho de 2020, definiu a substituição de disciplinas presenciais por atividades que utilizassem recursos educacionais digitais, tecnologias de informação e comunicação ou outros meios convencionais e ampliou essa modalidade às práticas profissionais de estágios ou às práticas que exijam laboratórios especializados dos cursos de Medicina, desde que essa substituição conste de planos de trabalhos específicos, aprovados no âmbito institucional pelos colegiados de cursos e apensados ao projeto pedagógico do curso.

Dessa forma, o objetivo no presente estudo foi transformar uma disciplina substancialmente prática, realizada anteriormente em laboratórios (eminentemente presencial), em disciplina online, sem que isso incorresse em prejuízo aos alunos, e sim em solução que venha, ao contrário, somar na aprendizagem.

MÉTODO

Privilegiou-se as metodologias ativas, desenvolvendo a disciplina na modalidade à distância. Recorreu-se ao *Google for Education* (plataforma adotada pela instituição) explorando seus recursos: no *Classroom*, pode-se agendar reuniões através do Google Meet, tendo o aluno previamente visualizado um vídeo ou realizado leitura de um artigo ou capítulo de livro anexado e posteriormente discutir-se-á e tirar-se-á dúvidas. Para sedimentar sua aprendizagem, o aluno vai realizar as tarefas postadas na aba Atividades do *Classroom* que posteriormente serão comentadas pelo professor individualmente ou em grupo.

A avaliação levará em conta a participação do discente nessas discussões e atividades postadas, duas avaliações cognitivas agendadas na aba “Atividades” com horário para início e término. Findado o prazo, a plataforma não permite que o aluno envie suas respostas. Por fim, realizou-se um mini OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) virtual, através do Google Meet, com horário individualizado para acesso do aluno e limite de tempo para responder as três estações apresentadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tópico 1: Anamnese Ginecológica

- Descobrir nuance da anamnese ginecológica lendo sobre o tema, no livro escrito por Novak (2014);
- Realização de encontro remoto, para discussão do assunto, utilizando Google Meet em dia e horário definidos (link e informações sobre o encontro no Mural);
- Tarefa: realizar anamnese ginecológica de alguma mulher do seu convívio (tarefa anexada na aba de Atividades).

Tópico 2: Exame da genitália externa feminina e mamas

- Assistir ao vídeo do exame físico da mama (Figura 1) postado no Mural;
- Responder a atividade postada na aba Atividades (exame das mamas);
- Tarefa anexada na aba Atividades sobre a genitália externa feminina.

Figura 1. Foto do vídeo do exame físico da mama, gravado pela própria professora



Fonte: elaborado pela autora, 2020.

Tópico 3: Exame especular (avaliação da vagina e colo uterino)

- Leitura do capítulo do livro Ginecologia de Williams (2014) sobre rastreamento do câncer de colo uterino;
- Assistir ao vídeo sobre exame especular e participar da discussão no Google Meet (link no Mural);
- Contribuir para o Glossário de termos utilizados na ginecologia postado no Mural;
- Avaliação cognitiva/prática (online, com imagens) agendada nas Atividades (recebida no e-mail institucional do aluno no dia e hora programados).

Tópico 4: Anamnese Obstétrica

- Após leitura recomendada: Manual de assistência pré-natal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2014); haverá discussão sobre no Google Meet (link no Mural);
- Completar glossário com termos utilizados na Obstetrícia (aba Atividades).

Tópico 5: Exame Físico Obstétrico

- Assistir ao vídeo (link no Mural) do exame físico obstétrico: atividade assíncrona. (Figura 2);
- Tarefa anexada na aba das Atividades, sobre exame físico obstétrico.

Figura 2. Foto do vídeo do exame físico obstétrico gravado pela própria professora



Fonte: elaborado pela autora, 2020.

Tópico 6: Trabalho de Parto e Partograma

- Após leitura sobre Diretrizes do Parto Normal do Ministério da Saúde (2017), participar do fórum sobre o assunto na aba Atividades;
- Assistir ao vídeo de um parto normal e cesariano e logo após responder tarefa anexada no Mural;
- Videoconferência (link no Mural) sobre o partograma: finalidade, construção e elaboração;
- Tarefa anexada em Atividades: construir um partograma a partir dos dados informados.

Tópico 7: Puerpério fisiológico e patológico

- Meet para discutir sobre o puerpério fisiológico (link no Mural);
- Apresentação em Power point no Google Meet (link no Mural) sobre principais patologias no período do puerpério;
- Mini OSCE virtual agendado (Figura 3).

Figura 3. Mini OSCE, questão nº 2 – Você é o obstetra de plantão e é chamado pela enfermeira no bloco para resolver a situação abaixo: imediatamente após o nascimento do conceito, a paciente apresenta hemorragia em quantidade anormal. Quais as suas interpretação e conduta, respectivamente?



Fonte: elaborado pela autora, 2020

CONCLUSÃO

A pandemia nos impeliu a “enfrentar” o ensino remoto, até então distante das universidades relacionadas à saúde. Despir-se desse preconceito e lutar pela qualidade da aprendizagem foi como transmutar-se. Fundamental para o alcance do objetivo foi a orientação recebida pelas pós doutoras em educação, coautoras nesse capítulo, as professoras Almira e Rozângela. Gratificante e até emocionante foi aplicar essa sequência didática e reconhecer que sim, conseguimos! Podemos e devemos nos render ao ensino à distância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal– Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

EREK, J.S.B. & NOVAK, E.R. Tratado de ginecologia. 14 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2014

HOFFMAN, B.L. (Organizadora). Ginecologia de Williams. 2. ed. Porto Alegre, RS: AMGH, 2014.

PEIXOTO, S. Manual de assistência pré-natal. 2ª ed. São Paulo. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

32

ESCLERODERMIA SISTÊMICA PROGRESSIVA: MANIFESTAÇÕES ORAIS E DISFAGIA – RELATO DE CASO COM FOLLOW UP DE 13 ANOS

FILIAÇÃO

¹ Departamento de Ciências Básicas da Vida, Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares, Governador Valadares, MG.

² Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares, Governador Valadares, MG.

³ Médica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

⁴ Médico, Hospital Médica Sur e Hospital Centro Médico ABC, Ciudad de México – México.

AUTORES

KENNEDY MARTINEZ DE OLIVEIRA¹

EMILLY DUTRA AMARAL MEGGIOLARO²

ÉWERTON MACHADO VELOSO²

LUCAS NOGUEIRA RAMOS²

MAÍSA DE FÁTIMA SATIRO OLIVEIRA³

VALÉRIO LANDIM DE ALMEIDA¹

VALDIR CABRAL DE ANDRADE²

CARLOS MANZANO AQUIAHUATL⁴

Palavras-chave: Cavidade Oral; Esclerose Sistêmica; Transtornos da Deglutição.

INTRODUÇÃO

A Esclerodermia Sistêmica Progressiva (ESP) é um estado patológico reumático autoimune, de baixa prevalência e crônico, caracterizado, principalmente, por lesões degenerativas e extensas fibroses, que comprometem as articulações e os vasos sanguíneos da pele e dos órgãos internos (NEVARES, 2018). De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2017), a doença não possui etiologia definida e não é contagiosa. Já a Sociedade Brasileira de Reumatologia (BRASIL, 2018), na confecção da Cartilha do Paciente, elucida que a etiologia se relaciona à predisposição genética e, normalmente, é desencadeada por cofatores ambientais, como as causas emocionais, o tabagismo e as condições pró-inflamatórias.

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2017), a Esclerodermia pode ser subdividida nos tipos: localizada e sistêmica. O tipo localizado acomete apenas a pele, enquanto o tipo sistêmico promove alterações na pele e nos órgãos internos. A Sociedade Brasileira de Reumatologia (2018) indica que a prevalência é de 276 pessoas por milhão de norte-americanos, e a incidência é de aproximadamente 20 novos casos por milhão ao ano. Além disso, apesar de ser evidenciada em indivíduos de diferentes idades, raças e sexos, mulheres afrodescendentes de 30 a 50 anos, com histórico familiar ou associação com outra doença autoimune, têm maior probabilidade de desenvolver a ESP. No Brasil, pelas dificuldades no diagnóstico, ainda não há

precisão sobre números de casos. O estudo de Chiffrot *et al.* (2008) demonstrou que no continente europeu, países como a Islândia, a Inglaterra, a França e a Grécia a prevalência é, aproximadamente, de 7 a 16 casos por 100.000 indivíduos.

O envolvimento da pele da face com deposição anormal de colágeno subcutâneo resulta em uma face esticada e lisa bastante característica, semelhante a uma máscara. De forma similar, a região alar do nariz torna-se atrofiada, levando a uma aparência nasal comprimida, chamada fácies de “rato”. Ainda, sulcos característicos que irradiam da boca produzem uma face franzida tipo “bolsa fechada com cordão” (NEVILLE, 2016).

A Sociedade Brasileira de Reumatologia (2019) indica a primeira manifestação da ESP pelo Fenômeno de Raynaud (FR), acometendo mais de 90% dos pacientes e constituindo uma forte evidência para o diagnóstico precoce da doença. O FR é caracterizado por alterações cianóticas das extremidades, tornando-as pálidas ou azuladas, quando há exposição à temperatura fria, ou avermelhadas, quando há o aquecimento do ambiente. De acordo com o estágio, evolução e gravidade do estado patológico, pode-se notar ainda a formação de ulcerações cutâneas. Além do acometimento cutâneo das extremidades, como as mãos e os pés, a doença pode afetar a face e a mucosa oral. Outros sinais e sintomas estão relacionados aos comprometimentos de sistemas orgânicos, como o respiratório, urinário, gastrointestinal e o cardiovascular.

Tabela 1. Sinais e sintomas sistêmicos e orais

Acometimento Sistêmico	Acometimento oral
Dificuldade respiratória	Microstomia
Tosse	Deposição de colágeno nos tecidos periorais
Hipertensão	Disfunção Temporomandibular
Refluxo gastroesofágico	Enrugamento dos sulcos periorais
Disfagia	Alargamento difuso do espaço do ligamento periodontal
Dispepsia	Reabsorção variável da margem posterior do ramo da mandíbula, processo coronoide, mento e côndilo (10 a 20%).
Obstipação	Reabsorções dentárias
Taquicardia	Xerostomia e hipossalivação
Fenômeno de Reynaud	Retração gengival
Fibroses	Placa bacteriana, cárie e doença periodontal

Fonte: Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2019; PEREIRA *et al.*, 2009; ABRÃO *et al.*, 2016; KOHANE *et al.*, 2019.

Além dos sinais e sintomas supracitados, de acordo com AU *et al.* (2009), o principal fator precursor da evolução da Esclerodermia Sistêmica Progressiva para o óbito é a doença pulmonar intersticial. A doença pulmonar intersticial apresenta alta mortalidade e morbidade, com a probabilidade maior de óbito de 3,5 a 7 vezes quando comparado à população não acometida (ELHAI *et al.*, 2012; IOANNIDIS *et al.*, 2005).

O diagnóstico da Esclerodermia foi proposto seguindo os critérios do American College of Rheumatology (1980). A metodologia infere que o paciente é classificado como portador da doença caso possua o critério maior ou, no mínimo, dois critérios menores. O maior critério é a presença de fibrose simétrica cutânea proximal às articulações metacarpofalangianas ou metatarsofalangianas.

Já os critérios menores são esclerodactilia, ulcerações, microcicatrices ou perda de substância das polpas digitais e fibrose pulmonar bilateral. Embora este protocolo apresente boa especificidade diagnósticas, os achados não atendem aos casos clínicos em estágio inicial, portanto a detecção e o diagnóstico não seriam precisos.

Assim, outros critérios para a avaliação de possíveis casos clínicos, em estágio iniciais, foram propostos. Subdividiu-se em evidências objetivas e evidências subjetivas. Os critérios objetivos são a presença de FR associado ao padrão da esclerodermia durante a Capilaroscopia Periungueal ou autoanticorpos específicos para esclerodermia (anticorpos anticentrômero, antitopoisomerase I, antifibrilarina, anti-PM-Scl, ou anti-RNA polimerase I ou III). Já os subjetivos são FR associado ao padrão da esclerodermia durante a Capilaroscopia Periungueal, concomitantemente, aos autoanticorpos específicos para doença. Novos protocolos com critérios para diagnósticos iniciais, por meio da inclusão de exames de imagem e laboratoriais estão em desenvolvimento, entretanto, ainda não há validação na prática clínica (MATUCCI-CERINIC *et al.*, 2009).

A baixa prevalência da ESP e suas características clínicas dificultam a condução de projetos de pesquisas de intervenção e, conseqüentemente, tornando-se um obstáculo, que impede o estabelecimento terapêutico padronizado e eficaz. Outra intercorrência é o tratamento particularizado, que depende exclusivamente das manifestações multissistêmicas de cada paciente. (MATUCCI-CERINIC *et al.*, 2009).

O objetivo deste estudo é relatar o caso clínico de um paciente com ESP associada à disfagia e manifestações orais, além de contribuir para os dados na literatura acerca desta patologia, que é, muitas vezes, negligenciada pelos escassos estudos.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo do tipo relato de caso. Para isso, dados secundários foram extraídos do prontuário médico de unidade de saúde de referência para o atendimento, além do relatório de tratamento pertencente ao paciente diagnosticado com ESR concomitantemente, efetuou-se uma entrevista com o paciente para obter dados que complementassem a descrição do caso.

Para a realização desse estudo foi colhido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do paciente, bem como autorização para uso de imagens. Respeitou-se rigorosamente as normas internacionais de ética envolvendo pesquisa com seres humanos e a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde.

Para o embasamento na literatura, buscou-se artigos nas bases de dados SciELO e PubMed com os descritores “Esclerodermia Sistêmica”, em Português e Inglês, além disso utilizou-se informações recolhidas no site oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e na cartilha confeccionada pela Sociedade Brasileira de Reumatologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo feminino, 34 anos de idade, branca, foi diagnosticada, em 2007, aos 21 anos de idade, com ESP. Após a punção/biópsia de um nódulo mamário direito, recebeu o prognóstico de cinco anos de vida. Observa-se que pacientes com este diagnóstico tem uma

sobrevida baixa, justamente por não haver um protocolo terapêutico eficaz, que supra todas as demandas evidenciadas nestes indivíduos. Após receber o diagnóstico pela equipe de reumatologistas e dermatologistas, houve o encaminhamento para psicólogos e psiquiatras, que interviram com sessões de terapias e sob medicação com paroxetina.

A paciente não relatou histórico familiar de outras doenças autoimunes e o diagnóstico em idade incomum, ainda precoce, demonstra uma singularidade desse caso. No encaminhamento ao setor de odontologia, observou-se que as alterações na cavidade oral foram gradativas. A disfunção temporomandibular (DTM) e o bruxismo foram as primeiras manifestações (Figura 1) evidenciadas ainda em 2007, no ano do diagnóstico. Em comum acordo, interviu-se instalando a placa miorrelaxante associada a medicamentos relaxantes musculares.

Figura 1. Paciente com a placa miorrelaxante



Fonte: Prontuário clínico, 2007.

No período de 2007 a 2008, o nódulo mamário direito demonstrou crescimento com enrijecimento cutâneo local (Figura 2), pela fibrose e uma lesão cutânea semelhante na região inframamária esquerda. Dessa vez, o serviço de reumatologia prescreveu o metotrexato, dose de 20 mg/semana, por via oral. Este medicamento auxilia na melhora do prognóstico do espessamento da pele.

Figura 2. Nódulo mamário direito demonstrou crescimento com enrijecimento cutâneo local



Fonte: Prontuário clínico, 2007.

Em 2009, profissionais da odontologia observaram a diminuição na amplitude da abertura oral, o que caracterizava a microstomia (Figuras 3 e 4), e, a partir do relato de “sensação de boca

seca” da paciente, foi possível notificar a hipossalivação. No mesmo ano, houve a detecção da disfagia orofaríngea por meio da videoendoscopia da deglutição. Portanto, encaminhou-se a paciente para o acompanhamento miofuncional oral fonoaudiológico. Para o controle da disfagia, a equipe de fonoaudiologia optou por uma intervenção de fortalecimento da musculatura orofacial, além disso houve a mudança na consistência dos alimentos, no volume e na temperatura.

Figura 3. Anormalidade na linha média (2009)



Fonte: Prontuário clínico, 2009.

Figura 4. Microstomia



Fonte: Prontuário clínico, 2009.

Em 2012, através de uma tomografia computadorizada de tórax com cortes de alta resolução (TCAR), localizou-se uma fibrose em estágio inicial no pulmão esquerdo. Concomitantemente, no mesmo ano, por meio de uma endoscopia e das queixas da paciente, houve o diagnóstico de refluxo gastroesofágico. Entrevistou-se com a prescrição do omeprazol, que visava a melhora da condição de refluxo e da domperidona, na tentativa de tornar mais eficiente o processo digestivo, minimizando as náuseas, os vômitos e as sensações de azias.

Em 2016, em consulta de rotina, notou-se retração gengival nos dentes 33 e 34, juntamente com a sintomatologia de dor e de hipersensibilidade, submetendo a paciente a um enxerto gengival livre de mucosa palatina.

Em 2019, a paciente relatou sangramentos gengivais, principalmente, nos dentes anteriores, acarretando na substituição dos medicamentos de controle. Entretanto, seguindo evidências de que o glúten acentuava o FR e, conseqüentemente, a ESP, a paciente optou por um tratamento alternativo baseado em restrição alimentar. Em relação aos acometimentos sistêmicos, o paciente sofreu um acidente tromboembólico, neste mesmo ano, sendo prescrito o medicamento Eliquis[®]. Por fim, em 2020, lesões purulentas em sulcos gengivais, fizeram-na ser tratada com anti-inflamatórios e por técnicas periodontais, através de uma limpeza profunda no periodonto.

CONCLUSÃO

As doenças sistêmicas promovem alterações na cavidade oral (Fluxograma 1) e muitas são precursoras da disfagia. Sendo que as manifestações, muitas das vezes, são, primariamente, na cavidade oral. Portanto, é indubitavelmente essencial o conhecimento anatômico e funcional para a realização da anamnese e dos exames clínicos. Cabe ao cirurgião-dentista estabelecer relações multiprofissionais, visando a integralidade e o acompanhamento do paciente, além de estar atento a possíveis casos não diagnosticados, uma vez que a ESP, inicialmente, pode ser assintomática, além de se tratar de uma condição imprevisível, pouco estudada e com dados escassos na literatura.

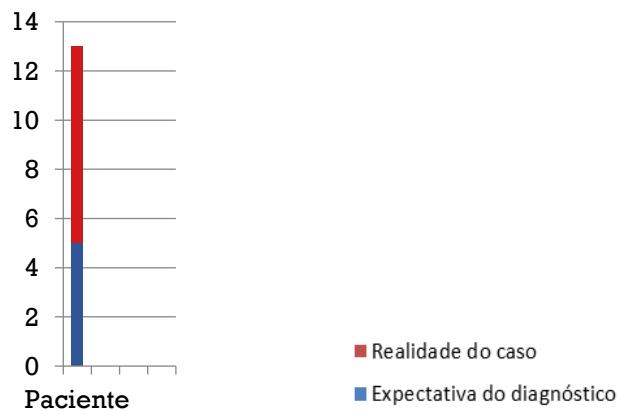
Fluxograma 1. Relação entre doenças sistêmicas e o cirurgião-dentista



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Através do caso clínico foi possível observar o quanto é importante os profissionais da saúde não limitarem o paciente a uma estimativa de expectativa de vida, afinal, em se tratando de uma doença pouco estudada, não há como definir uma medida temporal de sobrevida. Como pode-se inferir no Gráfico 1, a paciente obteve o prognóstico de conc anos, porém houve a sobrevida de 13 anos.

Gráfico 1. Sobrevida da paciente desde o primeiro sinal – Nódulo mamário direito



Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Com relação à disfagia e aos transtornos da deglutição, sugere-se que o profissional que notificar os sinais e sintomas encaminhe o paciente ao acompanhamento fonoaudiológico ou com o médico foniatra, que são especialidades com maior atuação e domínio no que tange a estas alterações e disfunções.

A Esclerodermia Sistêmica é uma doença que carece de mais dados científicos e de uma busca incisiva por uma terapêutica eficaz. Uma vez que, majoritariamente, os artigos abordam as alterações dermatológicas e reumáticas, assim como as intercorrências nos órgãos internos e na pele, não sendo aprofundados os acometimentos na área odontológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRÃO, A.L.P. *et al.* O que o reumatologista deve saber sobre as manifestações orofaciais das doenças reumáticas autoimunes. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 56, p. 441, 2016.
- AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatology*, v. 23, p. 581, 1980.
- AU, K. *et al.* Current concepts in disease-modifying therapy for systemic sclerosis-associated interstitial lung disease: lessons from clinical trials. *Current Rheumatology Reports*, v. 11, p. 111, 2009
- BRASIL. Esclerodermia. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. 2017. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/esclerodermia/26/>. Acesso em: 14. nov. 2020.
- BRASIL. Esclerose Sistêmica. SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. 2018. Disponível em: <https://abrapes.org.br/wp-content/uploads/2018/06/cartilha-esclerose-sistemica.pdf>. Acesso em: 14. nov. 2020.
- CHIFFLOT, H. *et al.* Incidence and prevalence of systemic sclerosis: a systematic literature review. *Seminars in arthritis and rheumatism*, v. 37, p. 223, 2008.
- ELHAI, M. *et al.* Trends in mortality in patients with systemic sclerosis over 40 years: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Rheumatology*, v. 51, p. 1017, 2011.
- IOANNIDIS, J.P.A. *et al.* Mortality in systemic sclerosis: an international meta-analysis of individual patient data. *The American Journal of Medicine*, v. 118, p. 2, 2005.
- KOHANE, J.G. *et al.* Esclerodermia: uma doença sistêmica com manifestações na cavidade oral e periodonto. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 16, p. 122, 2019.
- MATUCCI-CERINIC, M. *et al.* The challenge of early systemic sclerosis for the EULAR Scleroderma Trial and Research group (EUSTAR) community. It is time to cut the Gordian knot and develop a prevention or rescue strategy. *Annals of The Rheumatic Diseases*, v. 68, p. 1377, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR); CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]*, v. 150, n. 112, 2013.
- NEVARES, A.M. Esclerose sistêmica. Manual MSD Versão Saúde para a Família. 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-%C3%B3sseos,-articulares-e-musculares/doen%C3%A7as-autoimunes-do-tecido-conjuntivo/esclerose-sist%C3%AAmica#> >. Acesso em: 14 nov. 2020.
- NEVILLE, B.W. *et al.* Patologia oral e maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 912 p.
- PEREIRA, M.C. *et al.* Esclerodermia Sistêmica: relato de caso clínico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 21, p. 69, 2017.

33

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

FILIAÇÃO

¹ Discente de Medicina, Centro Universitário do Planalto Central, Gama/DF.

AUTORES

EVELIN CARRIJO COUTO MAGALHÃES¹
JADE TORRES GOLDFELD NEIVA MORONI¹
MARIA LUISA OLIVEIRA SANTANA¹
THAÍS FERNANDA FARIA MOREIRA¹

Palavras-chave: Câncer; Mama; Detecção.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma. Segundo dados da International Agency for Research on Cancer (IARC), o risco cumulativo (risco acumulado durante a vida) de uma pessoa ter e morrer de um câncer de mama no Brasil é, respectivamente, 6,3% e 1,6%. Para 2017, foram estimados 57.960 casos novos da doença e, em 2014, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) registrou 14.622 casos de óbitos em mulheres por câncer de mama, sendo a principal causa de morte por câncer em mulheres no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Estratégias de controle do câncer de mama vêm sendo implementadas no Brasil desde o século XX, com o objetivo de reduzir a incidência, a mortalidade e a morbidade do câncer na sociedade. Essas estratégias consistem em prevenção primária (redução ou eliminação dos fatores de risco), detecção precoce (identificação precoce do câncer ou de lesões precursoras), tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (PORTO, 2013).

A detecção precoce do câncer de mama consiste em ações de diagnóstico precoce e rastreamento, visando obter um melhor prognóstico e uma menor morbidade associada ao tratamento. Diferencia-se diagnóstico precoce de rastreamento, pois enquanto o primeiro visa identificar o câncer de mama precocemente em indivíduos sintomáticos, o segundo visa a identificação da neoplasia em indivíduos que não apresentam nenhum sinal ou sintoma sugestivo da doença. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Logo, o objetivo deste estudo foi elucidar as estratégias, as indicações, as contraindicações, a importância e a efetividade dos métodos de detecção precoce do câncer de mama em população de risco padrão, com base em evidências científicas.

MÉTODO

O presente estudo deu-se por meio de uma revisão sistemática da literatura, no qual foram utilizados artigos do PubMed e SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), manuais do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde (MS) e livros relacionados ao tema, com uso das palavras chaves “câncer”, “mama”, “rastreio”, “prevenção” e “detecção”. Após toda a problematização e a coleta de dados, a apresentação dos resultados de forma sumarizada foi possível.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Rastreamento

Estratégias de rastreamento de câncer para população de risco padrão, normalmente, baseiam-se em apenas dois critérios para definição de população-alvo: sexo (feminino) e faixa etária (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

As recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama foram listadas na Tabela 1 e serão discutidas posteriormente.

Tabela 1. Recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama

Mamografia	< 50 anos	Contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios).
	50 a 59 anos	Recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos (recomendação fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes).
	60 a 69 anos	Recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos (recomendação fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos).
	70 a 74 anos	Contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos (recomendação fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto).
	75 anos ou mais	Contra o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
	Periodicidade	Recomenda que o rastreamento nas faixas etárias recomendadas seja bienal (recomendação forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal).
Autoexame das mamas	Contra o ensino do autoexame como método de rastreamento do câncer de mama. (Recomendação fraca: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	
Exame clínico das mamas	Ausência de recomendação: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto.	
Ressonância nuclear magnética	Contra o rastreamento do câncer de mama com ressonância nuclear magnética em mulheres, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	

Ultrassonografia	Contra o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Termografia	Contra o rastreamento do câncer de mama com a termografia, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Tomossíntese	Contra o rastreamento do câncer de mama com tomossíntese, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia convencional (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).

Fonte: MIGOWSKI, 2018.

Rastreamento com Mamografia

Entre 1963 e 1993, 14 ensaios clínicos foram iniciados em seis países (Suécia, Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Escócia e Singapura) para avaliar a eficácia do rastreamento mamográfico. Alguns desses ensaios clínicos indicaram a existência de eficácia do rastreamento mamográfico na redução da mortalidade por câncer de mama e consolidaram a mamografia como o método de eleição para o rastreamento em países de alta e média rendas. No entanto, nos últimos anos, cresceu o debate no meio acadêmico a respeito da validade dos resultados de eficácia e do balanço entre os possíveis benefícios (redução da mortalidade) e danos (sobrediagnóstico, sobretratamento, exames falso-positivos e falso-negativos e exposição à radiação ionizante) associados ao rastreamento mamográfico (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2014).

Na metanálise que incluiu os ensaios clínicos com randomização adequada ou subótima, houve 19% de redução na mortalidade por câncer de mama com o rastreamento mamográfico em 13 anos de seguimento, correspondente a um benefício absoluto, ou seja, a uma diferença no risco de morte por câncer de mama entre os grupos rastreados e não rastreados de 0,05% (GÖTZSCHE, 2000).

O dano mais comum do rastreamento mamográfico é o resultado falso-positivo, cuja probabilidade cumulativa de ocorrência após dez anos de rastreamento é de 61%, quando a periodicidade é anual, e de 42% quando a periodicidade é bienal. Já os danos mais graves do rastreamento são o sobrediagnóstico e o sobretratamento, isto é, diagnósticos e tratamentos desnecessários (NELSON, 2009). Além disso, segundo o estudo de modelagem citado pela Força Tarefa Canadense de Cuidados à Saúde Preventivos e pela nova revisão da USPSTF, mamografias anuais realizadas dos 40 aos 80 anos seriam capazes de induzir, pela radiação ionizante, de 20 a 25 casos fatais de câncer em cada 100 mil mulheres rastreadas.

Todas as revisões sistemáticas de ensaios clínicos selecionadas demonstraram que o maior benefício do rastreamento ocorre em mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos e o menor ocorre na de 40 a 49 anos (MIGOWSKI, 2018). Ademais, os danos associados ao rastreamento são maiores na faixa etária de 40 a 49 anos, pois a proporção de resultados falso-positivos é fortemente dependente da idade, sendo maior em mulheres mais jovens (NELSON, 2009). Para cada mulher que teoricamente poderia ter sua vida prolongada por ter participado de quatro rodadas de rastreamento, 2.108 mulheres precisariam ser rastreadas, 690 receberiam resultados falso-positivos e 75 seriam biopsiadas desnecessariamente. Já para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, esses números seriam, respectivamente, de 721, 204 e 26 (FEIG, 1997). Diversos fatores explicam o menor efeito do rastreamento em mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos: a menor incidência de

câncer de mama nessa faixa etária, a menor sensibilidade da mamografia em mamas densas, e a existência de, proporcionalmente, mais casos de câncer com comportamento agressivo, os quais se manifestam como câncer de intervalo e diminuem a efetividade do rastreamento. (FITZPATRICK-LEWIS, 2011).

Quanto ao intervalo de realização da mamografia, em ensaio clínico randomizado, desenhado especificamente para comparar diferentes intervalos, constatou-se que o risco de morte por câncer de mama não foi diferente entre intervalo anual e trienal. Por um lado, periodicidades menores do que a bienal não provaram trazer benefício adicional e, por outro, evidências obtidas com base na modelagem sugerem que a redução da periodicidade de bienal para anual dobraria a magnitude dos danos associados ao rastreamento. (NELSON, 2009). Portanto, intervalos entre os exames de rastreamento de 24 a 30 meses para mulheres entre 50 e 69 anos são seguros em termos de manutenção dos possíveis benefícios e de redução de potenciais danos. (MIGOWSKI, 2018).

Rastreamento com exame clínico das mamas (ECM)

O ECM é usado como método tanto diagnóstico quanto de rastreamento. Como método diagnóstico, realizado por médico para diagnóstico diferencial de lesões palpáveis da mama, é um complemento essencial na investigação diagnóstica de doenças mamárias e o primeiro método de avaliação diagnóstica na atenção primária. Como rastreamento, é entendido como um exame de rotina feito por profissional de saúde treinado – geralmente enfermeiro ou médico – realizado em mulheres saudáveis, sem sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama. Ao contrário de seu papel consagrado como método diagnóstico, o rastreamento por meio do ECM é alvo de grande controvérsia na literatura científica. Cinco revisões sistemáticas selecionadas sobre rastreamento com exame clínico das mamas concluíram que ainda não há evidências sobre a eficácia desta intervenção na redução da mortalidade por câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Os riscos associados ao rastreamento com exame clínico das mamas incluem danos associados a resultados falso-positivos, falso-negativos, sobrediagnóstico e sobretratamento. Os resultados falso-positivos resultam em exames de investigação diagnóstica adicionais e possíveis danos desse processo, além da ansiedade relacionada ao próprio resultado falso-positivo. Por outro lado, resultados falso-negativos podem levar a uma falsa segurança e ao retardo no diagnóstico do câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015). Logo, até então há ausência de recomendação pelo Ministério da Saúde, pois o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto.

Rastreamento com autoexame das mamas (AEM)

Por definição, o AEM é o procedimento em que a mulher observa e palpa as próprias mamas e as estruturas anatômicas acessórias, visando a detectar mudanças ou anormalidades que possam indicar a presença de um câncer. Em geral, recomenda-se que a periodicidade do AEM seja uma vez por mês e uma semana após o término da menstruação, caso a mulher esteja no período reprodutivo. Embora existam variações nas técnicas de realização, normalmente as orientações sobre como fazer o exame são palpar as mamas, nas posições deitada e em pé, e observar a aparência e o contorno das mamas na frente do espelho (FARLEX MEDICAL DICTIONARY, 2009).

No Brasil, no final dos anos 1980 e durante a década seguinte, campanhas educativas pela televisão, por cartazes e por folhetos popularizaram a técnica do AEM no país, sendo até hoje ensinada pelos mais diversos meios de comunicação. Por ser uma técnica padronizada, além da sua difusão por materiais impressos e filmes, era preconizado que os profissionais de saúde conhecessem as melhores técnicas para ensinar o AEM e orientar as suas pacientes sobre como fazê-lo corretamente. Com essa ampla divulgação, especialmente a partir de 1950, o AEM foi recomendado como uma prática sanitária sistemática e difundido mundialmente até o final dos anos 1990, mesmo não existindo fortes evidências quanto à sua efetividade para redução da mortalidade por câncer de mama (AUSTOKER, 2003).

Dois grandes estudos realizados nas décadas de 1980 e 1990 na Rússia e em Xangai, ambos apoiados pela Organização Mundial da Saúde, além de não demonstrarem eficácia no ensino do rastreamento com AEM das mamas, no que tange à redução da mortalidade geral e da mortalidade por câncer de mama em mulheres entre 31 e 64 anos, evidenciaram a existência de riscos à saúde (CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 2011).

Uma das limitações do AEM como método de rastreamento é a sua acuidade. A acuidade de um exame é determinada pela probabilidade de o exame identificar o câncer em mulheres realmente com a doença (sensibilidade) e a probabilidade de um exame ser negativo na ausência de câncer (especificidade). A acuidade do AEM das mamas é difícil de se determinar, mas, se comparada à sensibilidade da mamografia e do ECM, a do AEM é bem menor, girando em torno de 12% a 41% (NELSON, 2009). A baixa sensibilidade do exame acarreta um percentual alto de exames falso-negativos. O valor preditivo positivo (VPP) do AEM também é muito baixo, o que acarreta um número alto de mulheres com exames positivos que não têm câncer (AUSTOKER, 1994). Muito embora o chamado AEM fosse uma técnica padronizada que precisava ser ensinada, diversos aspectos de sua padronização não apresentavam evidências claras que as respaldassem. Por exemplo, embora houvesse um senso comum sobre o risco do câncer de mama ser maior nas mulheres pós-menopausa e a falta de evidências sobre as vantagens da periodicidade mensal do AEM, muitas instituições o recomendavam pois acreditavam ser adequado, ainda que baseado apenas na periodicidade do ciclo menstrual (AUSTOKER, 2003).

Ainda que tenha sido desestimulado nos últimos dez anos em função dos resultados dos ensaios clínicos randomizados realizados na China e na Rússia, não se deve subestimar a importância de a mulher permanecer alerta para o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas do câncer de mama e procurar uma avaliação médica o mais cedo possível (KÖSTERS, 2013)

Rastreamento com outros métodos de imagem

Não foram encontrados ensaios clínicos avaliando o rastreamento com ultrassonografia com ou sem mamografia, termografia ou tomossíntese mamária. Sobre a tomossíntese, duas revisões sistemáticas de estudos de acurácia diagnóstica identificaram resultados heterogêneos de sensibilidade e especificidade entre os estudos e problemas de validade nos estudos. Portanto, ainda não existem evidências suficientes para avaliar se o rastreamento do câncer de mama com esses métodos é capaz de trazer algum benefício e se estes possíveis benefícios seriam capazes de superar os danos à saúde associados aos mesmos (MIGOWSKI, 2018).

Nenhuma das três revisões sistemáticas identificadas apresentou resultados de ensaios clínicos sobre a eficácia do rastreamento com ressonância nuclear magnética (RNM) na redução da

mortalidade por câncer de mama. Por outro lado, estima-se que o número de casos com diagnóstico indeterminado na investigação inicial após o rastreamento, ou seja, nos quais seria necessário seguimento semestral com novas imagens, aumentaria em dez vezes com o rastreamento com a RNM. O rastreamento com a RNM também poderia aumentar potencialmente a magnitude do sobrediagnóstico, principalmente em função da sua maior sensibilidade na detecção do carcinoma ductal *in situ* (CDIS). Na atualização das buscas em 2017, não foram encontradas evidências conclusivas sobre a eficácia do rastreamento com nenhum desses métodos de imagem na diminuição da mortalidade geral ou por câncer de mama, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (HEYWANG-KOBRUNNER, 2008).

Diagnóstico precoce

O objetivo geral das ações de diagnóstico precoce é diminuir as barreiras de acesso e qualificar a demanda e a oferta de serviços, de forma a possibilitar a confirmação diagnóstica do câncer de mama o mais precocemente possível, bem como garantir a integralidade e a continuidade do cuidado na rede de serviços (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

As recomendações do Ministério da Saúde para o diagnóstico precoce do câncer de mama foram listadas na Tabela 2, sendo discutidas adiante.

Tabela 2. Recomendações do Ministério da Saúde para o diagnóstico precoce do câncer de mama

Estratégia de conscientização	Implementação de estratégias de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama (recomendação fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos).
Identificação de sinais e sintomas suspeitos	Recomenda que os seguintes sinais e sintomas sejam considerados como de referência urgente para serviços de diagnóstico mamário (recomendação fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos): <ul style="list-style-type: none">▪ Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;▪ Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;▪ Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;▪ Descarga papilar sanguinolenta unilateral;▪ Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;▪ Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral;▪ Presença de linfadenopatia axilar;▪ Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;▪ Retração na pele da mama;▪ Mudança no formato do mamilo.
Confirmação diagnóstica em um único serviço	Recomenda que toda a avaliação diagnóstica do câncer de mama, após a identificação de sinais e sintomas suspeitos na atenção primária, seja feita em um mesmo centro de referência (recomendação fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos, quando comparados à organização tradicional dos serviços de investigação diagnóstica).

Com relação à estratégia de conscientização, os estudos identificados incluíram outras intervenções paralelamente à conscientização sobre as mamas e sinais de alerta para o câncer, como, por exemplo, o incentivo ao rastreamento mamográfico impossibilitando a avaliação da eficácia desta estratégia ou considerando desfechos intermediários sem relevância clínica direta. Por outro lado, não foram identificados riscos à saúde associados a essa estratégia (AUSTOKER, 2009).

Diferentemente da técnica de autoexame, a proposta dessa estratégia não é ensinar um método de rastreamento, mas sim qualificar a demanda das mulheres por assistência médica, valorizando o autoconhecimento e a identificação precoce dos sinais de alerta para o câncer de mama em situações cotidianas (THORNTON, 2008) Na atualização das buscas em 2017, uma nova revisão sistemática foi selecionada. Nessa revisão dois ensaios clínicos sobre estratégia de conscientização foram identificados. Contudo, eles foram heterogêneos do ponto de vista de qualidade, intervenção e desfechos. No ensaio clínico de melhor qualidade, a intervenção com o uso de folheto informativo, acompanhado de uma interação individual com um profissional de saúde, aumentou significativamente o conhecimento sobre os sinais de alerta do câncer de mama e sobre o aumento de risco com o avançar da idade (HAMASHIMA, 2015)

No que se refere à estratégia de identificação de sinais e sintomas suspeitos na atenção primária e encaminhamento prioritário para a investigação diagnóstica, os estudos selecionados não avaliaram desfechos de relevância clínica para os pacientes. Contudo, indicaram que protocolos de referência prioritária na atenção primária têm uma taxa de detecção de câncer de cerca de 10% e sensibilidade de cerca de 90%. O sinal mais comumente associado ao câncer de mama é o nódulo mamário, que está presente em 90% dos casos confirmados posteriormente como câncer (MCCOWAN, 2011)

No que tange à estratégia de confirmação diagnóstica em um único serviço, dois ensaios clínicos foram identificados, mas nenhum dos dois abordou os desfechos definidos no protocolo de revisão das novas diretrizes. Dois estudos observacionais foram identificados, mas apresentaram problemas importantes de qualidade (MIGOWSKI, 2018).

CONCLUSÃO

Logo, conclui-se que a detecção precoce do câncer de mama, embora não seja isenta de danos, é de extrema importância para redução da mortalidade da doença, sendo dividida em rastreamento e diagnóstico precoce. O rastreamento recomendado pelo Ministério da Saúde, com base em estudos científicos e no balanço entre os possíveis benefícios e malefícios, é a mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade com periodicidade bienal. Já o diagnóstico precoce se dá por estratégias de conscientização, identificação de sinais e sintomas suspeitos e confirmação diagnóstica do câncer de mama em um mesmo centro de referência. Porém, ainda há controvérsias no que diz respeito às recomendações, podendo sofrer modificações ao longo do tempo com a realização de novos estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUSTOKER, J. Breast self-examination: does not prevent deaths due to breast cancer, but breast awareness is still important. *British Medical Journal*, London, v. 326, n. 7379, 2003.
- AUSTOKER, J. *et al.* Interventions to promote cancer awareness and early presentation: systematic review. *British Journal of Cancer*, London, v. 101, p. S31-9, 2009.
- AUSTOKER, J. Screening and self-examination for breast cancer. *British Medical Journal*, London, v. 309, n. 6948, p. 168-174, 1994.
- CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. *Canadian Medical Association Journal*, v. 183, n. 17, p. 1991-2001, 2011.
- FARLEX MEDICAL DICTIONARY. Breast self-examination, 2009. Disponível em: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Breast+Self-Examination>. Acesso em: 01 nov. 2020.
- FEIG, S. A. & HENDRICK, R. E. Radiation risk from screening mammography of women aged 40–49 years. *Journal of the National Cancer Institute*, n. 22, p. 119-124, 1997.
- FITZPATRICK-LEWIS, D. *et al.* Breast cancer screening. Hamilton: McMaster University, 2011.
- GØTZSCHE, P. C. & OLSEN, O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet*, London, v. 355, n. 9198, p. 129-134, 2000.
- HAMASHIMA, C. *et al.* A meta-analysis of mammographic screening with and without clinical breast examination. *Cancer Sci*, v. 106, p. 812-818, 2015.
- HEYWANG-KÖBRUNNER, S. H. *et al.* Imaging studies for the early detection of breast cancer. *Deutsches Ärzteblatt international*, Cologne, v. 105, n. 31-32, p. 541-547, 2008.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>. Acesso em: 01 nov. 2020.
- KÖSTERS, J. P. & GØTZSCHE, P. C. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, n. 2, 2013.
- MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I – Métodos de elaboração. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p. e00116317, 2018.
- MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p. e00074817, 2018.
- MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III – Desafios à implementação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p. e00046317, 2018.
- MCCOWAN, C. *et al.* Identifying suspected breast cancer: development and validation of a clinical prediction rule. *The British Journal of General Practice*, London, v. 61, n. 586, p. 205-214, 2011.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE. Screening mammograms: questions and answers. EUA, 2014. Disponível em: <https://www.cancer.gov/publications/fact-sheets>. Acesso em: 01 nov. 2020.
- NELSON, H. D. *et al.* Screening for breast cancer: systematic evidence review update for the US Preventive Services Task Force. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2009.
- PORTO, M. A. *et al.* Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf. Acesso em: 01 nov. 2020.
- THORNTON, H. & PILLARISSETTI, R. R. Breast awareness and ‘breast self-examination’ are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? *European Journal of Cancer*, Oxford, v. 44, n. 15, p. 2118-21, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. Geneva, 2007.

34

ATUALIZAÇÕES E DESAFIOS EM INFERTILIDADE FEMININA

FILIAÇÃO

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

² Acadêmico do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Campus Betim.

AUTORES

ANA LUIZA GONÇALVES SILVA¹

ÂNGELA GIL PATRUS PENA¹

ARTHUR MOREIRA DE FREITAS¹

CLARISSA MARRA VIDIGAL¹

FERNANDA LUSTOSA CABRAL GOMEZ¹

FERNANDA VAZ DE MELO BACHA¹

JÚLIA BARROSO CHIARI¹

LAURA BARROSO CHIARI¹

LORENA RIBEIRO PADRÃO¹

HENRIQUE AMARAL BRASIL²

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Infertilidade Feminina; Ética.

INTRODUÇÃO

A infertilidade é definida como falha de um casal em obter gravidez após 12 meses de relações sexuais frequentes sem uso de método contraceptivo em mulheres antes dos 35 anos, e após seis meses em mulheres com mais de 35 anos. Estudos demonstram que cerca de 80-90% dos casais vão conceber no 1º ano de tentativas e que a probabilidade de obter gravidez em um ciclo menstrual (fecundabilidade) diminui com o tempo de tentativas e com a idade da mulher (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020). Estima-se que a infertilidade afeta 186 milhões de pessoas no mundo e aproximadamente 9 a 18% dos indivíduos que desejam engravidar (INHORN & PATRIZIO, 2015). Aproximadamente 40% dos casos de infertilidade são de origem masculina, 40% de origem feminina, 15% da combinação de ambos e o restante de causa não identificada (CORRÊA & LOYOLA, 2015).

A infertilidade feminina é uma doença do sistema reprodutor feminino, causada primariamente por fatores como desordens ovulatórias, diminuição da reserva ovariana e anormalidades anatômicas, endócrinas, genéticas, funcionais ou imunes. Acomete mulheres na idade reprodutiva (entre 15 a 49 anos) que não conseguem engravidar após 12 meses de relações sexuais sem uso de método contraceptivo. A infertilidade feminina gera consequências psicossociais importantes, podendo incluir estigmatização, abandono conjugal e violência doméstica (ESTEVES *et al.*, 2019).

Existem três grandes estratégias terapêuticas para a infertilidade feminina: terapia farmacológica, cirurgias e técnicas de reprodução assistida (TRA). A melhoria contínua nas esferas de tratamento da infertilidade elevou substancialmente a qualidade do suporte à mulher infértil. No entanto, as novas técnicas reprodutivas trazem consigo novos desafios para sua aplicação, em especial, no âmbito ético (ESTEVEES *et al.*, 2019). Estas questões éticas são discutidas desde a realização da primeira fertilização *in vitro* (FIV) em animais, na década de 1930, e vêm se fortalecendo após o nascimento da primeira criança concebida por FIV, em 1978 (ASPLUND, 2019).

O objetivo deste estudo foi discutir a importância, a propedêutica e o tratamento da infertilidade feminina, bem como os desafios éticos que envolvem as TRAs.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa a partir de artigos obtidos em bibliotecas virtuais em saúde (SciELO, PubMed e UpToDate) e de resoluções legais e leis pertinentes, utilizando materiais publicados a partir de 2014, salvo referências que permanecem vigentes até o momento da realização desse capítulo. Os Descritores em Ciências da Saúde utilizados foram “Infertilidade Feminina”, “Técnicas de Reprodução Assistida” e “Ética”.

Para a seleção dos artigos, inicialmente foi realizada uma busca com base nos títulos e resumos na língua inglesa e portuguesa. Aqueles considerados pertinentes à abordagem do tema do capítulo foram submetidos à leitura criteriosa pelos autores. Após essa etapa, os artigos que dispunham de informações oportunas foram selecionados para a produção do capítulo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etiologias

Estudos apontam que as principais causas identificáveis de infertilidade feminina são: distúrbios ovulatórios, endometriose, presença de adesões pélvicas, obstruções tubárias, outras anormalidades tubárias, hiperprolactinemia. Ademais, a presença de leiomiomas e idade avançada são fatores que também afetam a fertilidade (KUHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Com relação aos distúrbios ovulatórios, a oligo-ovulação ou anovulação resultam em infertilidade, uma vez que o oócito não está disponível todos os meses para que ocorra a fertilização. Outro fator relevante é o envelhecimento da mulher, uma vez que afeta diretamente a quantidade e qualidade de oócitos. É importante ressaltar que a partir dos 30 anos, há um aumento na velocidade da perda de folículos. Essa velocidade também aumenta com a exposição a fatores agressores como tabagismo, radiação, quimioterapia e doenças autoimunes. Por outro lado, ainda não é comprovada a influência da presença de cistos ovarianos pequenos (< 3 a 6 cm) na fertilidade feminina, bem como se o tratamento cirúrgico desses se demonstra mais danoso que a presença do próprio cisto (KUHUNG & HORNSTEIN, 2020).

As alterações tubárias e a presença de adesões pélvicas apresentam importante papel na infertilidade feminina, uma vez que impedem o transporte adequado do oócito e do espermatozoide pelas trompas de falópio. A principal causa tubária é a Doença Inflamatória Pélvica (DIP), mas a ocorrência de endometriose profunda, adesões pélvicas causadas por cirurgias ou inflamações

abdominais, tuberculose pélvica, hidrossalpinge e salpingite também interferem no transporte tubário e, conseqüentemente, na fertilidade (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Já as causas uterinas são resultantes de uma má implantação. A presença de miomas, anormalidades e adesões intrauterinas são responsáveis não apenas por infertilidade conjugal, mas também por perdas gestacionais recorrentes (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020). Segundo a literatura, miomas que distorcem/deformam a cavidade uterina apresentam grande impacto na fertilidade feminina e a remoção cirúrgica dessas tumorações podem reverter essa condição. Ainda, pode-se afirmar que quanto mais próximo à serosa o mioma estiver localizado, menor o impacto que ele apresenta na fertilidade (STEWART, 2020). Com relação às anormalidades uterinas, as Malformações Mülerianas, sinéquias e pólipos endometriais estão associados com abortos de repetição e infertilidade (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020). Além disso, 7 a 40% das mulheres com adesões intrauterinas são inférteis. Essas adesões contribuem para a infertilidade com mecanismos de bloqueio do espermatozóide e injúria do endométrio, impedindo a ocorrência da nidação (CEDARS & ADELEYE, 2020).

A endometriose, por sua vez, reduz a fertilidade devido às distorções anatômicas, danos causados ao tecido ovariano pela formação de endometrioma e produção de substâncias como citocinas e fatores de crescimento que prejudicam os processos de ovulação, fertilização e implantação (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

No que tange o fator cervical, é relevante ressaltar que as malformações congênitas, traumas e cirurgias no cérvix uterino podem levar a estenose e impossibilitar a produção de muco por essa estrutura anatômica. Esse muco facilita o transporte do espermatozóide, portanto, sua ausência, além da presença da estenose, pode interferir na fertilidade feminina (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Finalmente, fatores imunes, fatores genéticos (síndrome de Turner, síndrome de Kallmann, síndrome do X frágil), patologias como trombofilia adquirida e o próprio estilo de vida da paciente podem estar associados a dificuldade de gestar e levar à busca por propeledeúicas do casal infértil (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Diagnóstico

A propeledeúica para infertilidade é iniciada quando há história clínica compatível. Essa avaliação também pode ser realizada mais cedo em pacientes com ciclo menstrual irregular ou fatores de risco para infertilidade previamente conhecidos (endometriose, DIP, malformações do trato gênito-urinário) (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Na avaliação inicial o casal deve ser avaliado, buscando fatores que podem prejudicar a fertilidade. Dessa forma, o médico especialista usa essas informações para aconselhar e diagnosticar o casal quanto a etiologia de sua infertilidade e buscar tratamentos específicos para essa causa. É válido ressaltar que um casal pode apresentar diversos fatores que contribuem para esse quadro (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Além da avaliação clínica e física é importante avaliar o estado emocional do casal, uma vez que a propeledeúica do casal infértil é estressante e pode resultar em depressão, ansiedade, raiva e brigas matrimoniais.

Iniciada a avaliação do casal, o primeiro passo é colher a história clínica e realizar o exame físico. Na anamnese, dados como duração da infertilidade, histórico menstrual (característica e duração do ciclo), história pregressa médica, cirúrgica e ginecológica (Infecções sexualmente

transmissíveis? Patologias da tireoide? DIP? Dismenorréia?), história obstétrica, frequência de relações sexuais por semana, história familiar (incluindo histórico de infertilidade, defeitos congênitos, mutações genéticas) e história social devem ser coletados. (KUHUNG & HORNSTEIN, 2020).

No exame físico, o médico deve se atentar a sinais e estigmas que tenham potencial associação à infertilidade, principalmente peso, índice de massa corporal (IMC), doenças/alterações tireoidianas, avaliação das mamas, sinais de hiperandrogenismo, dores ou massas pélvicas/abdominais, secreções vaginais anormais, tamanho, forma e posição do útero (KUHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Ademais, exames complementares também são solicitados na propedêutica inicial:

- Avaliação do fator masculino: análise seminal;
- Avaliação da função ovulatória: progesterona sérica (colhida uma semana antes da data esperada da menstruação; se > 3 ng/mL, demonstra recente ovulação); LH sérico; ultrassonografias seriadas; prolactina sérica; TSH; FSH;
- Avaliação da reserva ovariana: FSH 3º dia; teste do clomifeno (FSH 3º e 10º dia e Estradiol 3º dia); Hormônio Antimülleriano;
- Avaliação da patência da tuba uterina: histerossalpingografia; histerossalpingossomografia contrastada; videolaparoscopia (indicada para mulheres com endometriose, adesões pélvicas);
- Avaliação da cavidade uterina: histerossomografia com infusão salina; sonografia 3D; histerossalpingografia; histeroscopia (KUHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Tratamento

A infertilidade é uma desordem complexa e que está envolvida com aspectos médicos, psicossociais e econômicos. Sua terapia já evoluiu bastante, principalmente no desenvolvimento das TRAs (KUHUNG & HORNSTEIN, 2020; DANCET *et al.*, 2014).

O primeiro passo para se iniciar a terapia para infertilidade é definir a causa principal. Assim que estiver definido o fator mais importante, a terapia é direcionada a corrigir as etiologias reversíveis, além de se instituir um aconselhamento do casal sobre mudanças no estilo de vida que são essenciais para melhorar a fertilidade, como parar de fumar, reduzir consumo de cafeína e de álcool e implementar uma frequência adequada de coito (a cada dois dias em torno da época esperada de ovulação) (KUHUNG & HORNSTEIN, 2020; DANCET *et al.*, 2014).

É de extrema importância que o paciente/casal estejam envolvidos nas escolhas de tratamento, devendo ser esclarecido os quatro principais fatores para se escolher um tratamento ao outro, sendo eles: eficácia, carga de tratamento, segurança e custos financeiros (KUHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Vale ressaltar que existem contraindicações absolutas para se implementar as terapias de infertilidade, sendo elas as próprias contraindicações para uma gravidez e a contraindicação ao uso de medicamentos e/ou cirurgias que tenham como objetivo o aumento da fertilidade feminina (KUHUNG & HORNSTEIN, 2020; DANCET *et al.*, 2014).

A restrição da terapia de infertilidade não deve ser aplicada baseada no estado civil dos pais, orientação sexual e infecção por HIV. Sendo assim, serão abordados os principais tratamentos para infertilidade baseados em suas etiologias.

Doenças ovulatórias

A oligoanovulação que não está relacionada com falência ovariana ou disgenesia gonadal geralmente pode ser tratada com estimulação ovariana para indução da ovulação, chegando a taxas de fecundidade próximas de casais férteis. No entanto, esses métodos indutores estão correlacionados com o aumento o risco de gravidez múltipla (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

A indução de ovulação pode ser alcançada com vários métodos e cada um deles deve ser selecionado baseando-se na causa subjacente da anovulação e a eficácia, custos, riscos e complicações potenciais associadas a cada método (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Os métodos utilizados para indução da ovulação são:

1. Modulação de peso;
2. Agentes indutores de ovulação:
 - I. Citrato de clomifeno: modulador seletivo do receptor de estrogênio (SERM) com efeitos antagonistas e agonistas que aumentam a liberação de gonadotrofinas;
 - II. Inibidores de aromatase;
 - III. Terapia com gonadotrofina;
 - IV. Metformina ou outros agentes sensibilizadores de insulina;
3. Cirurgia laparoscópica;
4. Bromocriptina ou agonista da dopamina (apenas em casos de hiperprolactinemia e anovulação);
5. TRA: manipulação de elementos reprodutores humanos (células germinais, gametas, zigotos, embriões) e encaminhamento à fecundação por meio não natural (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Os pacientes que mais se beneficiam dos tratamentos acima são os da classe II da classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os pacientes classe I geralmente respondem bem apenas utilizando a estratégia de mudança no estilo de vida ou o uso de gonadotrofinas. Já para aqueles da classe III, os melhores tratamentos são as gonadotrofinas e a FIV (MUTSAERTS *et al.*, 2016).

Dentre os métodos acima, pode-se destacar a modulação de peso, que é altamente eficaz para pacientes com IMC > 27 kg/m². A perda de apenas 5 a 10 % do peso corporal é suficiente para restaurar a ovulação em mais de 55% das mulheres em seis meses. A perda de peso é tida como o tratamento de primeira linha para mulheres anovulatórias obesas, visto que é um método barato, não invasivo e eficaz. Além disso, mulheres com baixo peso corporal (IMC < 17 Kg/m²) que desenvolvem hipogonadismo hipogonadotrópico e/ou amenorreia hipotalâmica (classe 1) devem ser estimuladas a ganharem peso e reduzir exercício físico, mesmo que esse grupo seja resistente em alterar seus hábitos. Sendo assim, nos casos em que não há aderência a terapia de modulação de peso, a terapia pulsátil com hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) para indução da ovulação deve ser implementada (MUTSAERTS *et al.*, 2016; KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Sobre os agentes indutores de ovulação, pode-se ressaltar que o uso de clomifeno é ótimo método para induzir ovulação e melhorar a fertilidade em mulheres da classe 2 da OMS, mas

geralmente ineficaz para mulheres das outras classes. Os inibidores da aromatase são mais eficientes em mulheres classe 2 e que apresentaram resultados insatisfatórios com o uso de clomifeno, além de serem os estimulantes de escolha para indução de ovulação na FIV de mulheres com câncer de mama (WEISS *et al.*, 2018).

A terapia com gonadotrofina é utilizada em pacientes classe 2 que não responderam ao clomifeno e como segunda linha em pacientes classe 1 (WEISS *et al.*, 2018; KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

A cirurgia laparoscópica é um procedimento cirúrgico para induzir a ovulação em pacientes anovulatórias com Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). No entanto é um método invasivo e que traz riscos para a paciente e por isso, deve ser aplicado após todas as alternativas terapêuticas terem sido testadas (LEGRO *et al.*, 2014; KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

A FIV é uma tecnologia de reprodução assistida e deve ser considerada após outros tratamentos de fertilidade tenham sido testados (CASILLAS *et al.*, 2015; KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Doenças tubárias e adesões pélvicas

Mulheres inférteis por defeitos tubários e que tem acesso e condição de se beneficiar das TRA, a FIV é a primeira linha de tratamento. No entanto, essa opção terapêutica é de alto custo e restrita para apenas uma parcela de mulheres. Sendo assim, a reconstrução cirúrgica da tuba uterina em mulheres jovens é indicada. É importante sempre aconselhar e esclarecer sobre os riscos e benefícios de cada tratamento, sendo que a reconstrução cirúrgica apresenta maior risco da paciente desenvolver gravidez ectópica, principalmente nos casos de obstrução tubária proximal. Entretanto para obstruções distais esta opção terapêutica é a mais indicada, além de permitir que a mulher tenha uma fertilização de forma natural (TSIAMI *et al.*, 2016; KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

A salpingectomia laparoscópica é uma opção terapêutica em mulheres com hidrossalpinge, visto que melhora a eficácia da FIV (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Endometriose

A endometriose é causa de subfertilidade em mulheres e o tratamento focado na melhora da fertilidade se dá inicialmente no combate as causas reversíveis seguido da várias outras terapias, como ressecção cirúrgica da endometriose, indução da ovulação associada a inseminação intrauterina (IUI) e TRA (CASILLAS *et al.*, 2015; KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Causas uterinas

A correção cirúrgica de defeitos anatômicos uterinos é somente indicada quando esses achados são concomitantes a falha em conceber ou a perda de gravidez recorrente. Se alguma anomalia for diagnosticada isoladamente, não há indicação para intervenção cirúrgica, uma vez que há controvérsias da real melhora da fertilidade quando se faz esse qualquer tipo de intervenção cirúrgica. Os casais, portanto, devem esgotar todos os recursos diagnósticos e terapêuticos antes de se pensar em intervir cirurgicamente (em exceção os casos de pólipos endometriais, em que a polipectomia é indicada) (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Infertilidade por fator cervical

A IUI é a melhor opção terapêutica para mulheres que possuem fatores cervicais que dificultam a concepção, como escassez de muco (KUOHUNG & HORNSTEIN, 2020).

Perspectivas Futuras

A FIV é uma técnica de sucesso, mas ainda existem outras técnicas de reprodução assistida, como a criopreservação. Entretanto, ainda é necessário muito estudo e trabalho para que se melhorem suas técnicas, uma vez que ainda são relatadas baixas taxas de recuperação. O sucesso futuro da vitrificação é promissor e as melhorias dos procedimentos de aquecimento por vitrificação são muito importantes para aumentar o desenvolvimento e os resultados do embrião (CASILLAS *et al.* 2015).

O acesso das tecnologias de reprodução assistida no Brasil é caracterizado pela alta concentração desta tecnologia no setor privado associada a uma fraca regulação para sua aplicação. O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza gratuitamente tratamentos de reprodução assistida, tais como a FIV, inseminação intrauterina, indução da ovulação, coito programado e injeção intracitoplasmática de espermatozoide, entre outros. No entanto, o processo para conseguir uma vaga é extremamente demorado e desgastante, uma vez que somente alguns hospitais da rede pública são capacitados para oferecer o serviço. É necessário, então, criar propostas para solucionar essa disparidade entre a saúde público e privada (CORRÊA & LOYOLA, 2015).

Desafios éticos

Nas últimas décadas houveram grandes avanços nas TRA, o que aumentou substancialmente o sucesso das técnicas, de 26% em 1990 a 40% nos dias de hoje (ESTEVES *et al.*, 2019). O 13º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões, publicado em 2020, demonstra que o número de ciclos de FIV vem em constante ascensão no Brasil. Em 2019, foram realizados 43.956 ciclos de FIV, havendo um crescimento de 859 ciclos em relação ao ano anterior. O estado de São Paulo foi o que mais realizou ciclos (21.162), seguido de Minas Gerais e Rio de Janeiro. Em 2019, foram congelados 99.112 embriões, 11,6% a mais do que em 2018 (ANVISA, 2019). Apesar do expressivo crescimento da utilização da TRA no Brasil, ainda há pouca regulação específica no país. Sendo assim, a referência para aplicação das TRA no Brasil é a norma ética do Conselho Federal de Medicina (CFM), emitida pela primeira vez em 1992, revisada em 2010, 2013, e estando em vigor a de 2017 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Dentre as principais discussões éticas nesse âmbito, destaca-se o estabelecimento de uma idade limite para realização da FIV, tendo em vista o estabelecimento de uma gravidez de alto risco e a saúde do feto e da mãe. Na maioria dos países, não há limite de idade para realização de FIV e a decisão é individualizada. No Brasil, o CFM estabelece que “a idade máxima das candidatas à gestação por TRA é de 50 anos” (ASPLUND, 2019; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Além disso, também há preocupações em relação ao estabelecimento de um(a) dono(a) para gametas e embriões armazenados, em especial no que tange a reprodução assistida *post mortem*. O uso de gametas de indivíduos falecidos é proibido por lei na França, Alemanha e Suécia. No Brasil, não há legislação sobre o tema, mas a resolução nº 2.168/2017 do CFM prevê que “é permitida a

reprodução assistida *post mortem* desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente”. O uso das TRA em indivíduos solteiros e em relacionamentos homoafetivos também é um ponto de discussão e, em resolução do CFM, o procedimento é permitido desde que “respeitado o direito a objeção de consciência por parte do médico” (ASPLUND, 2019; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

A realização de diagnóstico genético pré-implantacional (DGP) é outra esfera cercada por polêmicas desde sua introdução na década de 1990, quando se instalou a preocupação de que a DGP poderia gerar uma espécie de “encomenda de crianças” para satisfazer o desejo dos pais (como por exemplo, a escolha do sexo). Além disso, há dúvidas no que tange a quais aneuploidias podem ser abordadas e se o DGP pode ser utilizado em situações não relacionadas a doenças (como a seleção de inteligência e beleza). No Reino Unido, por exemplo, o uso do DGP para seleção do sexo dos embriões é proibido quando não relacionado a questões médicas. Na maioria dos países europeus, o DGP é permitido por legislação ou por não haver proibição explícita. No Brasil, o CFM dispõe que as TRA não podem ser utilizadas para a seleção de sexo ou qualquer outra característica biológica do embrião, salvo para evitar doenças ou para seleção de embriões HLA-compatíveis no caso de transplante de células-tronco para irmão afetado por alguma doença. Apesar dessa resolução, a falta de regulamentação legislativa do DGP deixa à escolha dos pais e médicos a implantação ou não de embriões. Dessa forma, a ausência de critérios para se classificar uma doença genética como grave e um embrião como inviável, pode ser eticamente discutida como uma escolha eugênica (SALES & ALCANTARA, 2012; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Dentre outras discussões éticas das TRA, o CFM também dispõe a respeito das condições de criopreservação de gametas e embriões e da gestação de substituição, em que obrigatoriamente a cedente temporária do útero deve pertencer à família de um dos parceiros (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017). No Brasil, também há a discussão a respeito do acesso e financiamento público das TRA. A Lei do Planejamento Familiar (nº 9.263/1996) prevê que o planejamento familiar é “direito de todo cidadão” e é entendido como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Além disso, também se estabelece que o planejamento familiar “deve ser parte do conjunto de ações integrais de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde” (BRASIL, 1996).

Apesar da Constituição Federal reconhecer a saúde como direito fundamental e de existirem leis específicas que garantem o direito à regulação da fecundidade, o acesso às TRA no SUS ainda esbarra na luta social por direitos, sendo que em muitos casos é necessário judicializar o pagamento da TRA pelo Estado. Em algumas circunstâncias, o custeio da FIV é negado devido ao entendimento de que a ausência de filhos não é propriamente uma doença (CORRÊA & LOYOLA, 2015).

CONCLUSÃO

A infertilidade feminina é uma condição prevalente, que traz profundas consequências físicas e emocionais às mulheres, sendo uma afecção muito estudada. Existem diversas etiologias e muitas opções de tratamento, dentre elas as TRA.

Apesar dos inúmeros avanços em relação à investigação e tratamento da infertilidade feminina, ainda se evidencia falta de regulamentação na legislação brasileira quanto às TRAs. Dessa

forma, criam-se empecilhos e questionamentos na aplicação de técnicas que se mostram extremamente importantes na manutenção da saúde física e emocional da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. 13º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões. 2019. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYmYxM2M1MTctNGE5ZC00ODdhLTk3ZTktYTBhMzBkMjhjYjM1IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWZjZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9>>. Acesso em 08/11/2020.

ASPLUND, K. Use of in vitro fertilization - ethical issues. *Upsala Journal of Medical Sciences*, v. 125, p. 192, 2019.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>. Acesso em 08 nov. 2020.

CASILLAS, F. *et al.* New trends in assisted reproduction techniques: cryopreservation. *Vitro Fertilization, Intracytoplasmic Sperm Injection and Physiological Intracytoplasmic Sperm Injection*. *Journal of Anatomy and Physiology*, v. 5, p. 2161, 2015.

CEDARS, M. I., & ADELEYE, A. Intrauterine adhesions: clinical manifestation and diagnosis. *UpToDate*. 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-adhesions-clinical-manifestation-and-diagnosis>>. Acesso em 08 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos –, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº2.121, publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2015, Seção I, p. 117. Resolução nº 2.168, de 10 de novembro de 2017. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>>. Acesso em 08 nov. 2020.

CORRÊA, M.C.D.V & LOYOLA, M.A. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 753, 2015.

DANCET, E.A. *et al.* Patient-centered fertility treatment": what is required? *Fertility and Sterility*, v. 101, p. 924, 2014.

ESTEVES, S.C. *et al.* Female infertility and assisted reproductive technology. *Panminerva Medica*, v. 61, p. 1, 2019

INHORN, M.C. & PATRIZIO, P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, v. 21, p. 411, 2015.

KUOHUNG, W. & HORNSTEIN M.D. Overview of infertility. *UpToDate*. 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-infertility>>. Acesso em: 08 nov. 2020.

LEGRO, R.S. *et al.* Letrozole versus clomiphene for infertility in the polycystic ovary syndrome. *New England Journal of Medicine*, v. 371, p. 119, 2014.

MUTSAERTS, M.A. *et al.* Randomized trial of a lifestyle program in obese infertile women. *New England Journal of Medicine*, v. 374, p. 1942, 2016.

SALES, R.G. & ALCANTARA, R.L.J. Diagnóstico genético de pré-implantação, dignidade da pessoa humana e eugenia liberal. In: CONPEDI - Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito. (Org.), XXI Encontro Nacional do CONPEDI - Biodireito. 1ª ed. Florianópolis: Fundação Boiteux, v. 21, p. 878, 2012.

STEWART, E.A. Uterine fibroids (leiomyomas): treatment overview. *UpToDate*. 2020. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=Uterine%20fibroids%20\(leiomyomas\):%20treatment%20overview.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=Uterine%20fibroids%20(leiomyomas):%20treatment%20overview.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)>. Acesso em: 08 nov. 2020.

TSIAMI, A. *et al.* Surgical treatment for hydrosalpinx prior to in-vitro fertilization embryo transfer: a network meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 48, p. 434, 2016.

WEISS, N.S. *et al.* Gonadotrophins versus clomifene citrate with or without intrauterine insemination in women with normogonadotropic anovulation and clomifene failure (M-OVIN): a randomised, two-by-two factorial trial. *The Lancet*, v. 391, p. 758, 2018.

35

INCIDÊNCIA DE DIABETES MELITO TIPO 2 EM MULHERES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

FILIAÇÃO

¹ Discentes de Medicina da faculdade FAMINAS – BH, Belo Horizonte/MG.

AUTORES

FLÁVIA CARVALHO PAIVA¹
VITÓRIA CREPALDI COSTA¹
ALINE GARCIA FELIZARI¹
SOPHIA MARIA ROCHA CAMPOS¹
ALICE CAMPOS PENA¹
ANA JULIA MACEDO LEMBRANCE¹
GUSTAVO HENRIQUE SILVA SIDRIM¹

Palavras-chave: Síndrome dos Ovários Policísticos; Diabetes Melito Tipo 2; Resistência Insulínica.

INTRODUÇÃO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é um conjunto de sinais e sintomas como amenorreia, hiperandrogenismo e presença de cistos nos ovários, atingindo cerca de 5 a 10% das mulheres adultas. Há um complexo traço genético envolvido na hereditariedade da doença e o diagnóstico correto é de extrema importância devido às consequências no sistema reprodutor, no sistema cardiovascular e no metabolismo das mulheres acometidas, podendo comprometer a qualidade de vida. Os critérios diagnósticos mais recentes foram definidos em 2003, no Seminário de Consenso de Rotterdam e devem ser descartadas doenças que possuem fenótipo parecido com a SOP como síndrome de Cushing e distúrbios tireoidianos. Além disso, mais da metade das pacientes já diagnosticadas com SOP são obesas, é comum que elas tenham anormalidades lipoproteicas e também alterações insulínicas. (BEREK, 2014)

Já a Diabetes Melito tipo II (DM2) consiste na incapacidade do organismo de metabolizar a glicose sérica pela resistência e secreção anormal de insulina, causando hiperglicemia. Os casos de DM2 vêm aumentando consideravelmente ao longo dos anos, justificando a importância de se estudar o tema. Em estudos com gêmeos idênticos, se um deles for diabético, o outro chega a ter até 90% de chance de desenvolver a doença. Além disso, a DM2 é multifatorial, tendo grande influência ambiental na modulação do fenótipo e aumentando ainda mais os riscos de desenvolvimento da doença. O principal mecanismo fisiopatológico da DM2 está relacionado à insulina, glicose e ao metabolismo anormal de gorduras. (KASPER, 2017)

Como a resistência insulínica está descrita como possível fator etiológico das duas doenças supracitadas, sugerindo uma possível correlação entre ambas, o objetivo desse estudo foi avaliar tal correlação de acordo com a fisiopatologia da SOP e da DM2.

MÉTODO

Foram utilizados os descritores “*insulin resistance*” e “*polycystic ovary*” com os filtros em revisão sistemática e ensaio clínico no último ano em inglês na base de dados PubMed. Foram obtidos 31 resultados, dos quais quatro foram selecionados para estudo. O critério de exclusão dos outros 27 artigos foi a não correlação entre SOP e DM2, estudos sobre eficácias de medicamentos e a utilização de suplementações para o tratamento da diabetes, ou para o tratamento da SOP. Ademais, foram utilizados o Tratado de Medicina Interna de Harisson e o Tratado de Ginecologia de Berek e Novak para o embasamento de alguns conceitos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SOP consiste em uma condição metabólica com variados sintomas e condições associadas ao sistema endócrino como: ciclos menstruais irregulares, distúrbios ovulatórios, infertilidade, acne, hirsutismo, síndrome metabólica, DM2, resistências à insulina e problemas psicológicos. Cabe ainda ressaltar que a síndrome é caracterizada por hiperandrogenismo, irregularidade menstrual e/ou morfologia ovariana policística. (KASPER, 2017)

O sobrepeso, obesidade e a obesidade central são prevalentes em pacientes com SOP, com uma porcentagem de 30-70% de pacientes, enquanto a resistência insulínica possui uma abrangência ainda maior, sendo documentado em 75% das pacientes magras e em 95% das mulheres com sobrepeso. (KIM *et al.*, 2020) Os hábitos de vida, como sedentarismo e falta de dieta adequada, adjuvantes ou não da predisposição genética do indivíduo, estão intimamente relacionados com o aumento do tecido adiposo e consequente dislipidemia que, por sua vez, somada as duas condições anteriores (predisposição genética e hábitos inadequados) resulta na resistência insulínica com hiperinsulinemia compensatória. O excesso de insulina é responsável pela diminuição da secreção do GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas) e consequente diminuição dos níveis de FSH (hormônio folículo-estimulante) e LH (hormônio luteinizante) na adenohipófise, resultando na diminuição do desenvolvimento do folículo ovariano com oligo e/ou anovulação, sub ou infertilidade. (PATTEN, 2020)

Este aumento insulínico compensatório também é responsável pela diminuição da secreção de SHBG (globina ligadora de hormônios sexuais), que é uma glicoproteína que se liga aos hormônios sexuais, especificamente à testosterona e o estradiol, promovendo a circulação destes na corrente sanguínea. A diminuição da produção desta glicoproteína contribui para o hirsutismo. (PATTEN, 2020)

O hiperandrogenismo pode ser explicado por uma série de fatores, como: a desregulação do citocromo p450c17, que consiste em uma enzima formadora de andrógenos, nas adrenais e ovários e a alteração da proporção entre LH e FSH, no qual o aumento de LH faz com que andrógenos sejam produzidos mas não convertidos em estrógenos. Cabe ainda ressaltar que o hiperandrogenismo também é responsável pela diminuição da secreção de FSH. (PATTEN, 2020)

Para o diagnóstico de SOP são utilizados os critérios de Rotterdam (ratificados pela *Australian PCOS Alliance* e *US National Institutes of Health* [NIH]), que exigem a presença de duas ou mais das seguintes características: sinais clínicos ou bioquímicos de hiperandrogenismo, oligo ou anovulação e presença de ovários policísticos na ultrassonografia. (KAZEMI, M. *et al*, 2020)

Além da avaliação dos critérios de Rotterdam, é necessária a exclusão de diagnósticos diferenciais como gestação, hiperprolactinemia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, tumores produtores de andrógenos, hiperplasia adrenal congênita, síndrome de Cushing, amenorreia hipotalâmica, insuficiência ovariana prematura, entre outros. Embora ainda não reconhecida entre os critérios diagnósticos, a resistência insulínica consiste em um fator etiológico fundamental na fisiopatologia da síndrome, contribuindo para gravidade dos processos reprodutivos e metabólicos. (KAZEMI, M. *et al*, 2020)

Mulheres com SOP possuem de duas a oito vezes mais chances de desenvolver resistência insulínica de DM2 em comparação com aquelas sem a síndrome. (KAZEMI, M. *et al*, 2020) Além de possuírem propensão à obesidade, as mulheres com SOP também estão mais propensas a certo ganho de peso e quando conseguem emagrecer, elas tendem a recuperar o peso perdido a longo prazo. (PATTEN, 2020)

A terapia de padrão ouro para o tratamento da SOP, independente de qual seja seu fenótipo é a mudança do estilo de vida, com a prática regular de exercícios físicos (de no mínimo 120 minutos por semana de atividade aeróbica), alimentação adequada e perda de peso. Porém na maioria dos casos essa prática não é feita de forma adequada, não obtendo assim resultados satisfatórios, fator que torna necessário em alguns casos o uso de um hipoglicemiante associado a terapia não farmacológica. (KAZEMI, M. *et al*, 2020)

A perda de peso tem efeitos positivos na melhora clínica da função menstrual, fertilidade e parâmetros endócrinos. No entanto, a eficácia de alterações no estilo de vida para SOP varia com base no grau de alteração deste estilo de vida e nas características da SOP. Em mulheres com SOP em sobrepeso ou obesidade espera-se que estas se beneficiem com as medidas não farmacológicas, que resultam na redução da adiposidade e conseqüente redução dos danos. No entanto, ainda não está claro se a mudança no estilo de vida também é eficaz em mulheres com SOP com peso normal. (PATTEN, 2020)

A resistência à insulina acarreta também no aumento da glicose sérica porque, como o organismo desenvolveu resistência à substância que sinaliza os altos níveis de glicose no sangue, para que as células possam absorvê-la, a glicose se acumulará no sangue causando hiperglicemia. O aumento dos níveis séricos de glicose promoverá um aumento na secreção de insulina, causando também hiperinsulinemia e caracterizando assim a DM2. (KASPER, 2017)

Como alternativas de tratamento para a resistência à insulina, deve-se considerar a realização de exercícios físicos, que também auxiliarão na diminuição do risco cardiovascular das pacientes, o acompanhamento nutricional para monitorar os níveis de controle glicêmico e, por fim, o uso de medicamentos hipoglicemiantes de diferentes classes farmacológicas. (KASPER, 2017)

CONCLUSÃO

Levando em consideração que um dos mecanismos patológicos que leva ao desenvolvimento de DM2 é o mesmo que pode ser encontrado em pacientes portadoras da SOP, é possível concluir que aquelas portadoras da síndrome terão maior propensão ao desenvolvimento da DM2. Além disso, o tratamento não medicamentoso pode ser benéfico para ambas as doenças, diminuindo os sintomas e melhorando a qualidade de vida das pacientes, já o medicamentoso deve ser avaliado caso a caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEREK, J. Tratado de ginecologia. 15ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

KASPER, Dennis L. Medicina Interna de Harrison – Volumes 1 e 2. 19ª edição. AMGH Editora Ltda, 2017.

KAZEMI, M. *et al.* Effects of Dietary Glycemic Index and Glycemic Load on Cardiometabolic and Reproductive Profiles in Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. American Society for Nutrition, 2020 (Article in Press).

KIM, C.H. *et al.* Efeitos da modificação do estilo de vida na síndrome dos ovários policísticos em comparação à metformina apenas ou adição de metformina: uma revisão sistemática e meta-análise. Scientific Reports, v. 10, p. 7802, 2020.

LI, Y. *et al.* Comparing the individual effects of metformin and rosiglitazone and their combination in obese women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial. Fertility and sterility, v. 113,197, 2020.

PATTEN, R.K *et al.* Exercise Interventions in Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in physiology, v. 11, p. 606, 2020.

36

TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS EM PACIENTES COM SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO

FILIAÇÃO

¹ Acadêmicas do 4º ano do curso de Medicina da Universidade Santo Amaro, São Paulo, SP.

² Docente da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia na Universidade Santo Amaro, São Paulo. SP.

AUTORES

GABRIELA CALANCA¹

CARLA MICAEL DE FREITAS¹

GABRIEL PINHEIRO MONTEIRO²

Palavras-chave: Síndrome do Ovário Policístico; Depressão; Transtorno Mental.

INTRODUÇÃO

A síndrome do ovário policístico (SOP), também conhecida como síndrome de Stein e Leventhal, e atualmente chamada de síndrome da anovulação crônica hiperandrogênica, é caracterizada pela presença de diferentes sinais e sintomas. As manifestações mais conhecidas são hirsutismo, alterações menstruais que cursam principalmente com amenorreia e oligomenorreia e alterações metabólicas como diabetes mellitus, obesidade, hiperinsulinemia, dislipidemia.⁴

Muitas das manifestações clínicas da SOP refletem na aparência física, afetando a autoestima da mulher. A baixa autoestima acarreta em extrema insegurança e pode cursar com alterações psíquicas, como depressão e ansiedade.⁴

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto/repercussão da SOP na saúde mental das pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura nas bases de dados SciELO e PubMed e no livro de clínica médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a partir dos seguintes descritores em Ciência da Saúde: “Síndrome do Ovário Policístico”, “depressão”, “hirsutismo”. Iniciou-se com o levantamento de 94 artigos através da estratégia de pesquisa: ((polycystic ovary syndrome) AND (depressed) AND (hirsutism), na base de dados PubMed. Através dos descritores já citados, os artigos foram avaliados pelo título e resumo, sendo encontrados artigos potencialmente relevantes que abordavam a temática de transtornos psicológicos em pacientes com SOP.

Foram incluídos artigos de revisão e originais, considerados de relevância ao tema. Relatos de caso foram excluídos. Não houve fonte financiadora da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SOP é uma afecção endócrina muito comum, que atinge cerca de 5 a 15% das mulheres na menacme, dependendo do critério diagnóstico utilizado. A etiologia da SOP ainda não está claramente definida, entretanto, compreende-se que vários fatores influenciam em sua etiopatogenia, como componentes genéticos, fatores metabólicos pré e pós-natais, distúrbios endócrinos hereditários (resistência à insulina e o diabetes mellitus tipo II) e fatores ambientais (dieta e atividade física).^{7,8}

O distúrbio metabólico de androgênios exerce ação tanto central, como nos ovários e no endométrio, o que leva ao desaparecimento da ciclicidade funcional devido a um controle de retroalimentação inadequado. Conseqüentemente, ocorre uma produção excessiva de androgênios e elevação de estrogênios através da ação enzimática da aromatase.⁷

Há alteração no padrão de secreção de gonadotrofinas, com hipersecreção característica de hormônio luteinizante, o que é patognomônico desta síndrome, incluindo o aumento na amplitude dos pulsos e conseqüente produção aumentada de androgênios, predominantemente testosterona, além da redução parcial da produção do hormônio folículo estimulante. Este padrão hormonal de gonadotrofinas determina um microambiente androgênico no ovário, acarretando em alterações histomorfológicas características da SOP, tais como micropolicistose e aumento do estroma ovariano.^{7,8}

A insulina e o fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1) possuem elevada relevância na fisiopatologia da doença, visto que muitas mulheres com SOP apresentam mais frequentemente resistência à insulina e hiperinsulinemia compensatória independentemente da presença ou não de obesidade. Conseqüentemente, essas pacientes têm maior risco de desenvolver intolerância à glicose e diabetes mellitus. O aumento da insulina circulante exerce efeito direto na produção de androgênios ovarianos, através de sua ação sinérgica com o LH nas células da teca, estimulando a produção androgênica. Além disso, a insulina diminui a produção hepática da proteína carreadora de androgênios (SHBG), permitindo uma maior fração de testosterona livre, ou seja, da fração ativa do hormônio.^{7,8}

Portadoras de SOP frequentemente apresentam um quadro de irregularidade menstrual, caracterizada por espaniomenorreia, ou seja, com espaçamento anormal ocorrendo menstruação a cada dois ou três meses, associado a hiperandrogenismo clínico (acne e hirsutismo) e/ou laboratorial. O quadro clínico da SOP tem grande variação em decorrência de sua heterogeneidade e muitas mulheres com SOP apresentam-se com obesidade, infertilidade e sinais de resistência à insulina que geralmente é manifestada com acantose nigricans.^{7,9}

Apesar da espaniomenorreia ser o tipo mais prevalente, também podem ocorrer quadros de amenorreia e sangramento anormal em 55% e 28% dos casos, respectivamente. O sinal de hiperandrogenismo apresentado pelo aumento da pilificação na mulher em locais comuns ao homem, denominado de hirsutismo apresenta-se em 50% das pacientes com SOP, iniciando junto com as alterações menstruais na fase peripubertária e o aumento de peso.⁷

Além das disfunções endócrinas, há um componente genético determinante na SOP, com um padrão complexo de hereditariedade, envolvendo múltiplos genes. Trata-se de uma patologia

oligo ou poligênica, em que os diferentes genes envolvidos na gênese da doença favorecem ampla variedade de possíveis genótipos. Assim, pode-se justificar a existência dos diferentes fenótipos encontrados na síndrome e a dificuldade em constituir um consenso a respeito dos critérios diagnósticos.⁸

O diagnóstico da SOP é de exclusão, devendo primeiramente eliminar outras doenças que também cursam com hiperandrogenismo. Determina-se o diagnóstico de SOP pela presença de ao menos dois dos três critérios diagnósticos, sendo eles oligomenorreia, hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial e morfologia ultrassonográfica de policistose ovariana.⁸

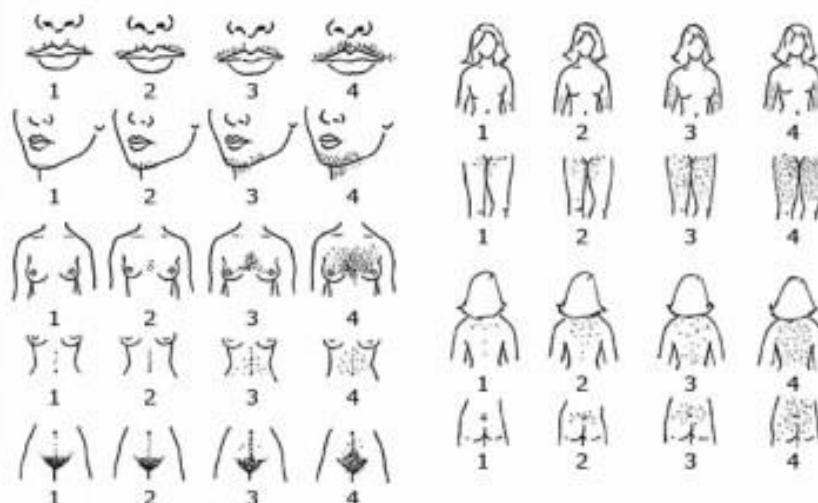
Os diagnósticos diferenciais dos quadros de hiperandrogenismo incluem disfunções tireoidianas, hiperprolactinemia, tumor ovariano produtor de androgênio, tumor adrenal e hiperplasia adrenal congênita. Assim, cabe ao médico a realização da propedêutica complementar a fim de descartar tais afecções e iniciar uma investigação mais direcionada a SOP.⁸

O tratamento é fundamentado na mudança do estilo de vida com a reeducação alimentar e prática de exercícios físicos, além do uso de contraceptivos orais combinados associados ou não ao uso de metformina. Vale ressaltar que a perda ponderal em cerca de 5% a 10% reflete positivamente no cenário endocrinológico com a diminuição dos níveis de testosterona, aumento da concentração de globulina ligadora de hormônios sexuais e a normalização dos períodos menstruais. Além de beneficiar tanto em níveis metabólicos, pela diminuição da resistência periférica à insulina e da dislipidemia, quanto em níveis psicossociais.⁸

Ao analisar a repercussão da SOP nos problemas psicológicos, deve-se atentar às questões estéticas inerentes ao hiperandrogenismo. O efeito direto dos androgênios nos folículos pilosos e sebáceos leva ao aparecimento dos sinais e sintomas clínicos, como hirsutismo, acne, oleosidade na pele, queda de cabelo e nos casos mais graves sinais de virilização com clitoromegalia e alopecia androgênica.⁸

O hirsutismo é avaliado a partir do índice de Ferriman-Galleway (Figura 1), que permite a quantificação de pelos em áreas androgênio-dependentes, inclui a avaliação de nove áreas, sendo cada uma delas capaz de somar de zero a quatro pontos. De acordo com a nova recomendação ASRM e ESHRE a paciente apresenta hirsutismo quando escores com valores de quatro (etnia oriental) ou seis (demais etnias).¹

Figura 1. Índice de Ferriman-Galleway



Fonte: BAPTISTA *et al.*, 2016.

Os sintomas associados a SOP, como os distúrbios emocionais, hirsutismo, aumento do peso e infertilidade, estão associados a perturbação da qualidade de vida relacionado à saúde. A depressão é comum na SOP.^{5,6} Alguns estudos mostram que os níveis de testosterona livre estão relacionados à depressão, mas não de forma linear. A fadiga e os distúrbios do sono são os sintomas mais comuns relatados no diagnóstico de transtornos depressivos, seguidos de alterações do apetite e adinamia.⁶

Estudos como o de Dokras *et al.* (2018), tem demonstrado que mulheres com SOP possuem maior prevalência de depressão e ansiedade e maiores chances de sintomas depressivos e de ansiedade em comparação com pacientes que não possuem a síndrome do ovário policístico. Hollinrake *et al.* (2007) também traz o aumento do risco de desenvolver síndromes depressivas em mulheres com SOP. Alguns estudos sugerem um aumento na prevalência de distúrbios alimentares em mulheres com SOP em comparação com os controles. Os estudos para avaliar a prevalência são feitos a partir dos questionários do DSM-IV, atualmente, DSM-V.^{2,3,6}

Visto a abrangência multifatorial da SOP e suas repercussões vastas, a procura do ginecologista isoladamente não é suficiente para que haja uma abordagem competente da complexa terapia nas pacientes com SOP. Então há necessidade de uma rede de apoio multiprofissional, pois os fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são interdependentes e demandam atenção especializada.

CONCLUSÃO

Sendo assim, as pacientes que forem diagnosticadas com SOP devem ser triadas para sintomas depressivos e de ansiedade ao diagnóstico, devendo-se considerar a triagem para distúrbios alimentares, uma vez que a SOP, pode repercutir em alterações na autoaceitação e autopercepção pessoal, inerentes às alterações hormonais que podem ou não cursar com alterações físicas, capazes de autoestima da mulher, o que propicia sintomas depressivos e outros transtornos psicológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAPTISTA, D. *et al.* Síndrome do Ovário Poliquístico na adolescência. *Nascer e Crescer* [Internet]. 25(4): 227-235. 2016
- BRUTOCAO, C. *et al.* Psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 2018.
- DOKRAS, A. *et al.* Androgen Excess- Polycystic Ovary Syndrome Society: position statement on depression, anxiety, quality of life, and eating disorders in polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 109(5), 888–899. 2018.
- FERREIRA, J. *et al.* Síndrome da anovulação crônica hiperandrogênica e transtornos psíquicos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*; 33(3):145-151, 2006.
- GREENWOOD, E. *et al.* Association between depression, symptom experience and quality of life in polycystic ovary syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018
- HOLLINRAKE, E. *et al.* Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 87(6), 1369–1376. 2007.
- MARTINS, M. *et al.* Livro - Clínica Médica - Volume 1 - USP. 2nd ed. São Paulo: Manole. 2015.
- ROSA-E-SILVA, A.C. Conceito, epidemiologia e fisiopatologia aplicada à prática clínica. In: Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); Cap. 1. p. 1-15. 2018.
- Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) [Internet]. *Tratamentosop.com.br*. 2020 [cited 10 September 2020]. Available from: <https://tratamentosop.com.br/o-que-e-sop.html>

37

HIPERÊMESE GRAVÍDICA PSICOGÊNICA

FILIAÇÃO

¹ Discente de enfermagem,
Faculdade Pitágoras, Betim, MG.

AUTORES

GABRIELA DIAS DE CARVALHO¹
GLEYCE ANNE DE ALMEIDA GONÇALVES¹

Palavras-chave: Hiperêmese; Vômitos; Gravidez

INTRODUÇÃO

Mulheres no período gravídico sofrem alterações que vão desde orgânicas até emocionais. Estas alterações quando associadas a algum fator pré determinante, podem acabar por trazer malefícios para a mãe e para o feto durante todo o período gestacional, podendo se estender ao período puerperal, a exemplo da Hiperêmese Gravídica (HG).

A êmese gravídica é um processo gestacional comum durante o primeiro trimestre da gestação, afetando 85% das gestantes (CLARK *et al.*, 2012), mas em 10% dos casos os sintomas de náuseas e vômitos podem ser levados até o final da gestação (TAN *et al.*, 2014). A êmese ocorre devido à expulsão do conteúdo gástrico pela boca, através de contrações na musculatura da parede abdominal e torácica devido a estimulação do centro bulbar do vômito, localizado numa região cerebral chamada formação reticular. Quando esta se torna prolongada e intensa passa a ser classificada como HG (CAVALCANTI, 2010).

A HG é uma condição rara, porém grave que acomete cerca de 1,5% das gestantes (GOMES, 2018) afetando normalmente mulheres jovens, obesas, primíparas, não fumantes e que apresentam fatores de risco, como diabetes pré-existente, hipertireoidismo, asma, doenças psiquiátricas e história familiar positiva para HG (ALFENAS *et al.*, 2018).

As consequências para HG podem ser: perda de 5% do peso corporal, desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, hipertireoidismo leve e transitório, deficiência nutricional (GROOTEN *et al.*, 2015), problemas socioeconômicos, aborto, medo de gestações futuras e comprometimento do relacionamento com o feto (ALFENAS *et al.*, 2017). Para evitar a ocorrência destes fatores é indicado um tratamento clínico medicamentoso focado na hidratação da gestante e tratamento psicológico. (TAN *et al.*, 2014; CABRAL *et al.*, 2018).

Como a HG é uma causa comum de internação, não se deve ignorar nenhuma das causas de sua ocorrência, para que, assim, o tratamento seja feito de forma dinâmica e eficaz. Para chegar ao tratamento é necessário um diagnóstico diferencial que leve em conta não somente fatores biológicos, mas também fatores psicológicos, já que a HG pode ter sido ocasionada por fatores

psicossomáticos e/ou pode acabar por acarretar em algum distúrbio emocional, como a depressão pós-parto, dificultando o relacionamento entre mãe e neonato (TAN *et al.*, 2014).

Devido a sua etiologia multifatorial muitas teorias foram criadas ao longo dos anos, no intuito de encontrar uma justificativa para a ocorrência dessa complicação, dentre elas estão a teoria endócrina (referente a alterações hormonais), teoria de infecção pelo *Helicobacter pylori*, teoria genética (maiores chances em caso de histórico familiar) e teoria psicogênica (relacionada a fatores psicossomáticos) (DUARTE *et al.*, 2018).

A teoria psicogênica é a mais aceita devido aos fatores emocionais e sociais que sofrem uma mudança drástica durante o período da gestação. Estas mudanças levam a prejuízos durante toda a gestação e muitas vezes se prolongam até mesmo ao período puerperal devido ao possível acometimento de um distúrbio nutricional. Neste caso, a ocorrência das náuseas se dá pela rejeição à gravidez (UGUZ *et al.*, 2012), fatores individuais de personalidade, fatores socioeconômicos, estresse, ansiedade, depressão, pressão familiar, tensão relacionada a gravidez, dentre outros (DUARTE *et al.*, 2018).

Por ser uma doença multifatorial que pode evoluir para casos mais graves, o diagnóstico da HG deve ser feito precocemente, utilizando anamnese, exame físico e exames laboratoriais. Além destes métodos diagnósticos deve ser feito o diagnóstico diferencial, que excluirá doenças com os mesmos sintomas (GROOTEN *et al.*, 2016). É fundamental em todos os casos de HG causados por fatores psicológicos o apoio de profissionais qualificados, para que assim o atendimento seja feito de forma holística, garantindo que o tratamento não será apenas farmacológico, mas também psicoemocional, nutricional e terapêutico.

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura a respeito da HG relacionada a fatores psicológicos, levando em consideração aspectos sociais, econômicos e emocionais, visando um melhor entendimento referente as causas e consequências neonatais e maternas em gestações com HG.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, feita por buscas a partir do Google acadêmico, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), livros acadêmicos e sites governamentais de saúde.

As etapas dessa revisão foram: identificação do tema, definição da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento.

A questão norteadora foi: “Quais são os efeitos de fatores psicossomáticos na ocorrência da HG?”. Para seleção dos artigos, realizou-se a busca online, em outubro de 2020. Para obtenção de dados atuais, foi usado um critério de seleção a partir de publicações feitas entre 2010 e 2019, além disso, para obtenção de dados precisos não houve restrições de idioma ou país de origem dos estudos.

Para o levantamento dos artigos na LILACS e no Google Acadêmico, foram utilizados os descritores “hiperêmese” e “gestação”. Nos sites governamentais, utilizou-se os descritores “hiperêmese gravídica” e “psicológico na gravidez”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontram-se na literatura várias teorias a respeito da HG, sendo a mais usual a que se refere a elevação dos níveis de gonadotrofina coriônica humana, o aumento do estrogênio e da progesterona durante a gestação (DUARTE *et al.*, 2018), porém a hipótese psicogênica que abrange todos os fatores psicossomáticos que afetam a gestante não deve ser ignorada.

Fatores psicológicos e sociais acabam sendo um grande diferencial no diagnóstico da HG, pois eles descartam doenças e complicações com sintomas semelhantes, tais como distúrbios gastrointestinais, neurológicos, geniturinários, metabólicos e alimentares prévios (ISMAIL & KENNY, 2007).

Com base na análise de alguns artigos que tratam o tema de HG associada a fatores psicológicos, foi feita uma tabela separando os fatores psicossociais mais vistos (Tabela 1).

Tabela 1. Título

Autores	Ansiedade	Depressão	Estresse	Fatores sociais
Alfenas et al. (2017)	Sim	Sim	Sim	Não
Duarte et al. (2018)	Sim	Sim	Sim	Sim
Lima et al. (2019)	Não	Não	Não	Não
Tan et al. (2010)	Sim	Sim	Sim	Não
Tan et al. (2014)	Sim	Sim	Não	Não

Legenda:*As variáveis não foram citadas nos estudos.

Durante a leitura dos artigos foi observado que, devido ao fator de que a maioria dos casos exige internação hospitalar, muitas das vezes o tratamento é apenas medicamentoso, desconsiderando os fatores psicossociais e psicoemocionais tão importantes nesta complicação, dificultando o processo de recuperação da gestante o que conseqüentemente afeta o desenvolvimento do feto.

A Tabela 2 apresenta algumas terapias para HG que foram descritas por CABRAL *et al.* (2018), bem como os benefícios de cada uma dessas terapêuticas, a partir da perspectiva de alguns autores (MAFETONI & SHIMO, 2013; GNATTA *et al.*, 2011; GOYATA *et al.*, 2016; REBESCO *et al.*, 2016; CABRAL *et al.*, 2018).

Tabela 2. Métodos não farmacológicos

Terapias	Benefícios
Acupressão (CABRAL <i>et al.</i> , 2018)	Aliviar o sofrimento (MAFETONI & SHIMO, 2013)
Aromaterapia (CABRAL AC <i>et al.</i> , 2018)	Estimulação de diferentes áreas do cérebro (GNATTA <i>et al.</i> , 2011)
Acupuntura (CABRAL <i>et al.</i> , 2018)	Alivia alguns incômodos causados pela gravidez (GOYATA <i>et al.</i> , 2016)
Hidroginástica (CABRAL <i>et al.</i> , 2018)	Alivia dores musculares e aumenta a energia para atividades diárias (REBESCO <i>et al.</i> , 2016)
Apoio psicoemocional (CABRAL <i>et al.</i> , 2018)	Fundamental, pois o medo e a ansiedade são componentes que por si só podem resultar no aparecimento do quadro (CABRAL <i>et al.</i> , 2018.)
Nutrição (CABRAL <i>et al.</i> , 2018)	Preveni uma série de intercorrências (CABRAL <i>et al.</i> , 2018.)

Nessa revisão foram citadas doenças e transtornos psicológicos como transtorno de humor, transtorno de ansiedade e depressão e estresse, que são problemas psicossomáticos comumente associados a HG, principalmente quando a ocorrência destas doenças e transtornos ocorrem em conjunto com outros fatores como os hormonais, recorrência dos sintomas, questões financeiras, sentimentos negativos em relação ao feto e aspectos cotidianos. Com base nas pesquisas ficou claro que a maior ocorrência de HG no primeiro trimestre da gestação devido à elevação hormonal e que a persistência dos sintomas normalmente está associada a depressão e ansiedade.

A HG está diretamente ligada a morbimortalidade fetal e materna devido à ocorrência de distúrbios alimentares ocasionados pela continuidade dos vômitos, que podem vir a causar traumas físicos e psicológicos. Os fatores psicológicos ligados a HG têm consequências visíveis para mãe e para filho, podendo ocasionar até mesmo a morte fetal em alguns casos mais graves (PALACIOS-MARQUÉS *et al.*, 2012).

CONCLUSÃO

A HG é uma complicação caracterizada por náuseas e vômitos que muitas vezes podem ocorrer devido a exteriorização de fatores psicossociais. Estas alterações emocionais têm impacto negativo para mãe e para o feto, podendo ocasionar medo de gestações futuras, abortos, desnutrição materna, dentre outras complicações.

Como visto na Tabela 1, muitos autores consideram fatores psicológicos como agentes causadores de HG, sendo assim, não deve ser feita a exclusão destes aspectos durante a avaliação da paciente, pois estes têm papel vital no diagnóstico diferencial. No entanto, aspectos psicológicos não são frequentemente abordados no tratamento da mulher, o que dificulta a qualidade gestacional e a qualidade de vida. É importante frisar que um tratamento voltado a práticas não medicamentosas é fundamental, já que fatores psicossomáticos são, por si só, uma possível causa da ocorrência da HG. Como vimos na Tabela 2, existem várias terapias e tratamentos possíveis durante essa complicação sem o uso de fármacos.

Portanto, é fundamental o aprofundamento em estudos direcionados a este tema, visando maior interação entre médico, enfermeiro, psicólogo e psiquiatra, para que a HG seja descoberta e tratada precocemente, melhorando o tipo de abordagem da gestante, pois a depressão e a ansiedade são síndromes comumente relacionadas a HG. É imprescindível a atuação do nutricionista em todo o processo da gestação, mesmo em casos em que a êmese gravídica não evolui para um quadro de hiperêmese.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFENAS, A.R.B. *et al.* hiperêmese gravídica associada a fatores psicossociais: revisão sistemática. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais – Animais e Humanos*, v. 91, p. 63, 2018.
- ALFENAS, A.R.B. *et al.* Hiperêmese gravídica associada a fatores psicossociais: revisão sistemática. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais – Animais e Humanos*, v. 9, p. 63, 2017.
- CABRAL, A.C. *et al.* Êmese da gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. Capítulo 3, Prognóstico e diagnóstico; p. 10. [Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.2/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal].
- CABRAL, A.C. *et al.* Êmese da gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. Capítulo 4, Classificação e tratamento; p. 16. [Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.2/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal].
- CABRAL, A.C. *et al.* Êmese da gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. Capítulo 1, O que é hiperêmese gravídica e qual a sua importância; p. 1. [Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.2/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal]
- CLARK, S.M. *et al.* Review of NVP and HG and early pharmacotherapeutic intervention. *Obstetrics and Gynecology International*, v. 2012, p. 252676, 2012:
- CREMEPE. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PERNAMBUCO. Hiperêmese gravídica. Disponível em: <http://www.cremepe.org.br/2010/06/12/hiperemese-gravidica/>. Acesso em: 28 out. 2020.
- DUARTE, G. *et al.* Êmese da gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. Capítulo 2, Etiologia; p. 4. [Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.2/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal].
- GOYATA, S.L.T. *et al.* Efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, p. 602, 2016.
- GNATTA, J.R. *et al.* O uso da aromaterapia no alívio da ansiedade. *Acta paulista de Enfermagem*, v. 24, p. 257, 2011.
- GROOTEN, I.J. *et al.* Barriers and challenges in hyperemesis gravidarum. *Nutrition and Metabolic Insight*, Amsterdam, v. 8, p. 33, 2015.
- GROOTEN, I.J. *et al.* Barriers and challenges in hyperemesis gravidarum. *Nutrition and Metabolic Insights*, v. 14, p. 33, 2016.
- ILIADIS, S.I. *et al.* Women with prolonged nausea in pregnancy have increased risk for depressive symptoms postpartum. *Nature Scientific Reports*, v. 8, p. 15796, 2018.
- ISMAIL, S.K. & KENNY, L. Review on hyperemesis gravidarum. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*, v. 21, p. 755, 2007.
- LIMA, S.C.D. *et al.* As consequências da hiperemese gravídica para a saúde do neonato: revisão integrativa. *2019 Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 27, p. 147, 2019.
- MAFETONI, R.R. & SHIMO, A.K.K. O uso da acupressão para evolução do trabalho de parto e alívio da dor. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, 2013.
- MCCARTHY, F.P. *et al.* A Prospective Cohort Study Investigating Associations between Hyperemesis Gravidarum and Cognitive, Behavioural and Emotional Well-Being in Pregnancy, *PLoS ONE*, v. 6, e27678, 2011.
- MENDES, K.D. *et al.* Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 17, p. 758, 2008.

PALACIOS-MARQUÉS, A. *et al.* Wernicke's encephalopathy induced by hyperemesis gravidarum. *BMJ case reports*, v. 8, bcr2012006216, 2012.

PORTAL PEBMED. Saiba o que é hiperêmese gravídica e como tratar esta complicação rara. Disponível em: <https://pebmed.com.br/saiba-o-que-e-hiperemese-gravidica-e-como-tratar-esta-complicacao-rara/#:~:text=A%20hiper%C3%AAmese%20grav%C3%ADica%20%C3%A9%20uma,identidade%2C%20idea%C3%A7%C3%A3o%20suicida%20e%20culpa>. Acesso em: 28 out. 2020.

REBESCO, D.B. *et al.* Ação do exercício físico na gestação: Um estudo de revisão. *Archives of health investigation*, v. 5, p. 311, 2016.

TAN, P.C. *et al.* Anxiety and depression in hyperemesis gravidarum: prevalence, risk factors and correlation with clinical severity. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Malasya, v. 149, p. 153, 2010.

TAN, P.C. *et al.* Depression, anxiety, stress and hyperemesis gravidarum: temporal and case controlled correlates. *PLOS ONE*, Malasya, v. 9, p. 1, 2014.

38

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-FACEF, Franca, SP.

² Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-FACEF, Franca, SP.

AUTORES

BRUNO BARONI ZUCCHERMAGLIO¹

GABRIELLE FERREIRA MACHADO SILVA¹

**MARINA HADDAD FRANÇA BARCELOS
CASSILHAS²**

Palavras-chave: Medicina; Câncer do Colo do Útero; Atenção Básica.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é uma das neoplasias malignas mais frequentes na população feminina e está intimamente associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do Papiloma Vírus Humano (HPV). Estima-se que 80% das mulheres sexualmente ativas irão entrar em contato com o vírus ao longo de suas vidas, embora uma minoria desenvolverá a doença. Porém em alguns casos, ocorrem alterações celulares que podem evoluir para o câncer. Essas alterações podem ser detectadas no exame preventivo, a colpocitologia oncótica, conhecida também como Papanicolau, e são curáveis quase na totalidade dos casos. Além disso, é relatada a associação de aspectos relacionados a própria infecção (p. ex. carga viral) com fatores ligados à imunidade, predisposição genética, comportamento sexual, tabagismo, uso de pílula anticoncepcional oral e idade. No entanto, entre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, perto de 100% quando diagnosticado precocemente (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: 2011.).

O estadiamento do câncer do colo do útero é formalizado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), sendo importante para avaliar a extensão e a localização da doença para assim escolher o melhor protocolo de tratamento.

O objetivo do presente estudo foi identificar e analisar os conhecimentos acerca do câncer de colo uterino na população, trazendo informações sobre a epidemiologia, formas de prevenção, estadiamento da patologia em questão.

MÉTODO

Verifica-se o estado da arte do tema câncer de colo de útero no Brasil referente à sua epidemiologia, etiopatogenia, estadiamento, prevenção e políticas de saúde pública envolvidas. Trata-se de uma revisão bibliográfica atualizada de artigos e livros publicados até o ano de 2020. Foram analisadas 11 referências contendo dados e informações teóricas sobre o assunto. A técnica de análise de conteúdo foi utilizada mediante a construção de categorias definidas a priori, a partir dos objetivos da pesquisa, do conhecimento do campo da ginecologia oncológica. Os dados epidemiológicos fornecidos pelos diversos órgãos, dentro das políticas de saúde descentralizadas, são extremamente importantes na área da saúde, uma vez que as estatísticas locais permitem identificar populações e fatores de risco, os quais são imprescindíveis para a prevenção do câncer de colo de útero.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da revisão realizada, constatou-se a importância das políticas de saúde pública destinadas ao câncer do colo uterino, mostrando eficácia dos métodos preventivos disponíveis. Além disso, ficou evidente a necessidade do estadiamento para manejo do tratamento adequado.

Epidemiologia

O câncer de colo do útero é uma das neoplasias malignas com maior incidência na população feminina, sendo o fator de risco determinante em 97% dos casos a infecção persistente por alguns subtipos do papilomavírus humano (HPV). Os subtipos mais comumente relacionados ao câncer invasivo são: 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 58. Apesar de ser uma infecção muito frequente nas mulheres sexualmente ativas, na maioria das vezes não causa a doença. Contudo, em alguns casos ocorrem alterações celulares que podem evoluir para o câncer. Existem fatores que aumentam o risco de desenvolver esse tipo de câncer, como por exemplo, uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, história de verrugas genitais, múltiplos parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual (< 16 anos), pacientes imunossuprimidas usando drogas imunossupressoras e também o tabagismo ativo e passivo, pois agentes carcinogênicos específicos do tabaco, presentes no muco e epitélio cervical, podem danificar o DNA das células do colo uterino, facilitando o processo neoplásico (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. Manual de Orientação Ginecologia Oncológica. São Paulo: 2010).

Em escala mundial, o câncer do colo do útero é o quarto mais frequente, com uma estimativa de 570 mil casos novos, representando 3,2% de todos os cânceres. Este valor corresponde a um risco estimado para a doença de 15,1/100 mil mulheres, sendo as taxas de incidência mais elevadas observadas em países do Continente Africano. Ademais, foi comprovado que, nos países com baixo e médio Índice de Desenvolvimento Humano, o segundo tipo de câncer mais incidente é o câncer do colo do útero. O número de casos novos de esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 16.590 casos, com um risco estimado de 15,43 casos para cada 100 mil mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2020, Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2019).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o segundo mais incidente nas Regiões Norte (21,20/100 mil), Nordeste (17,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,92/100 mil). Já na Região Sul (17,48/100 mil), ocupa a quarta posição e, na Região Sudeste (12,01/100 mil), a quinta posição (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2020, Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2019).

Em termos de mortalidade, no Brasil, em 2017, ocorreram 6.385 óbitos, e a taxa de mortalidade bruta por câncer do colo do útero foi de 6,17/100 mil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2020, Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2019).

Etiopatogenia

A transmissão do HPV dá-se primariamente por contato direto de pele ou mucosa infectadas, logo o uso de preservativo pode não prevenir totalmente o contágio. O HPV infecta o epitélio escamoso do colo uterino, particularmente as células basais (imaturas e com capacidade replicativa) ou células de metaplasia escamosa que estão em processo acelerado de transformação. Abrasões ou microerosões no epitélio facilitam a infecção das células basais, que são capazes de replicar-se, constituindo o reservatório viral. O vírus pode permanecer como infecção latente, na qual o DNA é replicado como unidade extracromossômica durante a divisão celular, mas não há formação de novas partículas virais (os outros genes virais não são expressos), nem formam-se lesões macro ou microscópicas. Por outro lado, pode apresentar-se como infecção ativa, na qual o DNA viral integra-se, em pequeno grau, ao genoma da célula e é replicado independentemente do DNA celular (FILHO, G.B. Bogliolo: Patologia. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016).

Na infecção ativa, as proteínas virais são expressas e, junto com o DNA do vírus, formam-se novas partículas virais, que são eliminadas da célula (infecção ativa). Quando a integração é persistente e se o vírus é de alto risco, são produzidas as oncoproteínas E6 e E7, que inativam as proteínas pRB e p53. Desta forma, a célula incorpora cada vez mais danos ao DNA, que não são reparados. O acúmulo de mutações ocasionais, ao longo do tempo contribui para a transformação celular (KUMAR, V. *et al.* Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Editora Elsevier: 2016).

Além disto, o epitélio cervical das fumantes tem número menor de células de Langerhans do que as não-fumantes, facilitando a progressão das lesões virais, que seriam o primeiro passo para a carcinogênese, que de outra maneira necessitaria de um tempo maior para culminar no desenvolvimento do câncer de colo uterino (MATTA, F.B. O tabagismo e a oncogênese do câncer de colo uterino. 2011. 36f. Monografia – Universidade Paulista Centra de Consultoria Educacional, Recife, 2011).

Estadiamento

De acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), o estadiamento do câncer do colo uterino é clínico, entretanto, alguns exames complementares podem ser úteis, como a cistoscopia, retossigmoidoscopia e urografia excretora. Além disso, outros exames podem ser utilizados para fins terapêuticos mesmo não fazendo parte do protocolo, como a ultrassonografia transvaginal ou transretal e a ressonância magnética (FEDERAÇÃO

BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Rastreo, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. São Paulo: 2017)

Exposto na Tabela 1, está o estadiamento modificado pela FIGO, em janeiro de 2009. O estadiamento de tumor, linfonodo e metástase (TNM) da sétima edição, de 2009, da Union for International Cancer Control (UICC) e não teve alteração.

Tabela 1. Estadiamento cirúrgico do câncer do colo do útero. Correspondência com a classificação TNM

TNM	
T:	Tumor Primário:
TX	Tumor primário não pode ser avaliado.
TO	Não há evidência de tumor primário.
Tis	Carcinoma in situ (carcinoma pré-invasivo).
T1	Tumor limitado ao colo. A extensão ao corpo deve ser desprezada.
T1a	Carcinoma invasivo, diagnosticado somente pela microscopia. Todas as lesões visíveis macroscopicamente – mesmo com invasão superficial – são T1b
T1a1	Invasão estromal de até 3 mm e com 7 mm ou menos de extensão horizontal.
T1a2	Invasão estromal com mais de 3 mm até 5 mm em profundidade e com extensão horizontal de 7 mm ou menos.*
T1b	Lesão clinicamente visível, limitada ao colo, ou lesão microscópica maior que T1a2.
T1b1	Lesão clinicamente visível com 4 cm ou menos em sua maior dimensão.
T2	Tumor que invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou o terço inferior da vagina.
T2a	Sem invasão do paramétrio.
T2b	Com invasão do paramétrio.
T3	Tumor que se estende à parede pélvica compromete o terço inferior da vagina, ou causa hidronefrose ou exclusão renal.
T3a	Tumor compromete o terço inferior da vagina, sem extensão à parede pélvica.
T3b	Tumor estende até a parede pélvica ou causa hidronefrose ou exclusão renal.
T4	Tumor invade a mucosa da bexiga e/ou reto e/ou estende além da pelve verdadeira.
T4a	Tumor invade a mucosa vesical ou retal, ou estende além da pelve verdadeira.**
N:	Linfonodos Regionais:
NX	Linfonodo regional não pode ser avaliado.
N0	Ausência de metástase em linfonodo regional.
N1	Metástase em linfonodos regionais.
M:	Metástase à distância:
M0	Ausência de metástase à distância.
M1	Metástase à distância.
Estádio:	Descrição:
0	
TisN0M0	Carcinoma in situ (carcinoma pré-invasor)
I	Tumor estritamente confinado ao colo do útero. A extensão ao corpo é desconsiderada.
T1	
Ia	Lesão invasora pré-clínica. Somente será diagnosticada por microscopia. A lesão tem sempre menos de 5 mm de invasão em profundidade e menos de 7 mm de extensão.
T1aN0M0	
Ia1	
T1a1N0M0	Invasão máxima de 3 mm em profundidade e 7 mm de extensão.
Ia2	
T1a2N0M0	Invasão máxima de 5 mm em profundidade e 7 mm de extensão.***
Ib	Lesão invasora clínica ou pré-clínica maior que no estágio Ia.
T1bN0M0	
Ib1	
T1b1N0M0	Tumor maior que o estágio Ia até 4 cm na maior extensão.

Ib2 T1b2N0M0	Tumor com mais de 4 cm na maior extensão.
II T2	Tumor ultrapassa os limites do colo uterino, podendo invadir a vagina sem atingir o seu terço inferior e/ou acometendo um ou ambos os paramétrios, sem atingir a parede pélvica e sem invadir os ureteres.
IIa T2aN0M0	Há comprometimento da vagina, mas não do paramério
IIa1 T2a1N0M0	Tumor igual ou menor que 4 cm na maior extensão e envolve menos que dois terços superiores da vagina.
IIa2 T2a2N0M0	Tumor com mais de 4 cm na maior extensão e envolve menos que dois terços superiores da vagina.
IIb T2bN0M0	Há comprometimento do paramétrio.
III T3	Tumor invade a vagina até o seu terço inferior ou invade os paramétrios até a parede pélvica. ****
IIIa T3aN0M0	Tumor invade a vagina em seu terço inferior, pode invadir paramétrios, mas sem extensão á parede pélvica.
IIIb T1/T2/T3aN1M0 T3bqqN1M0	Tumor invade o paramétrio até a parede pélvica ou hidronefrose ou rim não funcionando.
IV IVa T4qqNM0	Tumor estende além da pelve verdadeira ou invade a mucosa da bexiga e/ou do reto. *****
IVb qqTqqNM1	Metástases à distância, além dos órgãos pélvicos.

* A profundidade da invasão não deve ser maior do que 5 mm, medida a partir da base do epitélio, superficial ou glandular, do qual se origina. A profundidade da invasão é definida como a medida do tumor, desde a junção epitelial-estromal da papila dérmica adjacente mais superficial até o ponto mais profundo da invasão. O envolvimento do espaço vascular, venoso ou linfático, não altera a classificação. ** A presença de edema bolhoso não é suficiente para classificar o tumor como T4. A lesão deve ser confirmada por biópsia. *** A presença ou não de invasão do espaço linfovascular não altera o estadiamento. **** São incluídos neste estágio todos os casos de hidronefrose ou de rins não funcionantes, a menos que seja conhecido como resultado de outra causa. ***** A presença de edema bolhoso da mucosa da bexiga não permite incluir neste estágio.

Prevenção

A prevenção do câncer do colo do útero invasivo é dividida em medidas educativas, vacinação, rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões subclínicas. A implementação da vacina do HPV no Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou-se no ano de 2014 e atualmente a campanha é voltada às meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. A vacina oferecida é a quadrivalente, que protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV, sendo os dois primeiros responsáveis pelos quadros de verrugas genitais e os dois últimos responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero. Apesar da vacinação ser eficiente, ela não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV, portanto, mesmo as mulheres vacinadas devem permanecer no programa de rastreamento do câncer de colo do útero, que é preconizado para mulheres sexualmente ativas entre 25 a 64 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe técnico sobre a vacina papilomavírus humano (HPV) na atenção básica. Brasília: 2014.)

O exame utilizado para rastreio é a colpocitologia oncótica, conhecido também como Papanicolau, que tem como objetivo avaliar alterações celulares precursoras (neoplasia intraepitelial) ou definidoras de malignidade na ectocervice e endocervice de mulheres com colo aparentemente normal à macroscopia. Os resultados são classificados em citologia negativa para lesão intraepitelial e malignidade ou com anormalidades de células escamosas ou glandulares, com

progressivos graus de atipias, desde atipias indeterminadas até alterações citológicas sugestivas de carcinoma invasor.

A coleta inicia-se aos 25 anos em mulheres que já iniciaram a atividade sexual, após dois exames negativos, efetuados no intervalo de um ano e os próximos podem ser repetidos a cada três anos. O rastreamento pode ser interrompido aos 64 anos completos em mulheres com pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos e sem antecedentes de patologia cervical (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático sobre HPV. Brasília: 2014.).

A efetividade do programa de rastreamento depende dele ser realizado de maneira organizada e contínua: a realização periódica do exame (a cada três anos) dos 25 aos 64 anos, a coleta adequada do exame citológico, condução correta dos resultados alterados e o controle de qualidade dos exames e tratamentos realizados.

Políticas de Saúde Pública Envolvidas

As políticas de saúde pública destinadas ao câncer do colo uterino encaixam-se no Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. O DCNT aborda as quatro principais doenças, sendo elas as doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, e os fatores de risco, como por exemplo, obesidade, consumo nocivo de álcool, alimentação inadequada, sedentarismo e tabagismo. Dentro do Plano, o câncer do colo uterino faz parte do cuidado integral no qual são realizadas ações visando ao fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde e à ampliação de um conjunto de intervenções diversificadas, capazes de uma abordagem integral da saúde, com vistas à prevenção e ao controle das DCNT (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: 2011.).

Sendo assim, o DCNT visa fortalecer as ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento dos cânceres do colo de útero e de mama, garantir acesso ao exame preventivo de rastreamento de qualidade à todas as mulheres nas faixas etárias e periodicidade preconizadas, independentemente de renda, raça/cor, reduzindo desigualdades e garantindo tratamento adequado das lesões precursoras. Os responsáveis por atingir estas metas são o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e a Secretária de Atenção à Saúde (SAS), e o alvo principal do plano é realizar tratamento de 100% das lesões precursoras de câncer do colo do útero.

Dessa forma, as ações propostas para o câncer do colo do útero foram de aperfeiçoar o rastreamento e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário, além de implantar o programa de Gestão da Qualidade de Citopatologia, capacitar profissionais da Atenção Básica e Secundária para o rastreamento do câncer do colo do útero e desenvolver estratégias para difusão de informação e mobilização social relativas à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero.

Um instrumento que auxilia a consolidação das ações do controle do câncer do colo do útero é a utilização de um sistema informatizado para gerenciamento das informações oriundas dos serviços de saúde, de modo a contribuir no monitoramento, planejamento e avaliação das ações desenvolvidas. Portanto, em 1998, o INCA, juntamente com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), desenvolveram o Sistema de Informação do Controle do

Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). O objetivo do SISCOLO é atender e apoiar a rede no gerenciamento e acompanhamento do programa de controle do câncer de colo do útero (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Sistemas de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO). Rio de Janeiro: 2011.).

CONCLUSÃO

As políticas de saúde pública possibilitaram uma análise de como o DCNT, podendo melhorar o resultado da prevenção, rastreamento e outros, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) para o câncer de colo de útero.

Além disso, também é notável a importância do SISCOLO para a obtenção de dados e informações que visam a melhoria da gestão e controle social do SUS, apoio à pesquisa em saúde e manutenção das bases nacionais do Sistema de Informações de Saúde. Além disso, gera um maior grau de conhecimento para os profissionais que irão utilizar o sistema em seu cotidiano, disponibilizando informações acerca dos exames realizados, laudos e relatórios de produção laboratorial por período desejado.

Dados sobre incidência e prevalência de doenças são essenciais para subsidiar gestores em saúde no direcionamento de investimento e alocação de recursos, estipular prioridades de programas estratégicos de prevenção e tratamento, definir metas e avaliar resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação Ginecologia Oncológica. São Paulo: 2010. Acesso: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Ginecologia_Oncologica.pdf

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Rastreo, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. São Paulo: 2017. Acesso: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/05Z-ZDIAGNOySTICOZRASTREIOZEZTRATAMENTOZDOZCAyNCERZDEZCOLOZDEZUyTERO.pdf>

FILHO, G.B. Bogliolo: Patologia. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2020, Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2019. Acesso: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Sistemas de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO). Rio de Janeiro: 2011. Acesso: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Sistema_de_informacao_do_controle_do_cancer_de_mama.pdf

KUMAR, V. *et al.* Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Editora Elsevier: 2016.

MATTA, F.B. O tabagismo e a oncogênese do câncer de colo uterino. 2011. 36f. Monografia – Universidade Paulista Centra de Consultoria Educacional, Recife, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: 2011. Acesso: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático sobre HPV. Brasília: 2014. Acesso: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/07/Perguntas-e-respostas-HPV-.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe técnico sobre a vacina papilomavírus humano (HPV) na atenção básica. Brasília: 2014. Acesso: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/26/Informe-T--cnico-Introdu----o-vacina-HPV-18-2-2014.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: 2011. Acesso: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

39

ABORDAGEM GINECOLÓGICA DE PACIENTE TRANSGÊNERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BÁSICA

FILIAÇÃO

- ¹ Graduando de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
- ² Graduanda de Medicina da Universidade da Cidade de São Paulo.
- ³ Graduanda de Biomedicina da Faculdade de Ciências Humanas, Sociais e de Saúde da Universidade FUMEC.
- ⁴ Médico residente em Ginecologia e Obstetrícia, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG).
- ⁵ Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Minas Gerais.

AUTORES

GUILHERME COSTA FERREIRA¹
GIOVANNA BRAGHINI PARDINI¹
VITOR MOREIRA NUNES¹
RAFAEL THEODORO¹
JOÃO PAULO FERREIRA RIBEIRO¹
SARAH JENIFFER S JAMAR¹
RICARDO MARINHO DA SILVA¹
FELIPE NAPOLITANO¹
VITÓRIA MOREIRA NUNES²
ISABELLA ADRIANE SILVA³
CAIO VIEIRA RIBEIRO LEAL⁴
CLECIO ENIO MURTA DE LUCENA⁵

Palavras-chave: População Transgênero; Ginecologia; Acolhimento.

INTRODUÇÃO

Pessoas transgênero são aquelas que não se identificam com o sexo a que foram atribuídos ao nascer, possuindo assim uma incongruência de gênero. (LEARMONTH *et al.*, 2018; SAFER & TANGPRICHA, 2019). Esses pacientes muitas vezes procuram intervenções médicas, como a terapia hormonal e/ou cirurgias de redesignação sexual, além dos cuidados habituais não relacionados à saúde sexual. Ao caracterizar as várias barreiras que essas pessoas enfrentam encontram-se a falta de acesso aos cuidados, a falta de profissionais especializados, a discriminação e a ausência de entendimento cultural por profissionais de saúde (SAFER *et al.*, 2016).

Diante da marginalização e violência sofrida pelo grupo, alguns cuidados devem ser tomados no primeiro contato do médico ginecologista, de modo que se crie um ambiente seguro em que o paciente se sinta acolhido para abordar suas queixas, construindo uma boa relação médico-paciente (FRANCIS *et al.*, 2018). Esse processo se inicia a partir do uso do nome social e dos pronomes escolhidos, além da compreensão da terminologia adequada, desde a sua chamada para dentro do consultório até o encerramento da consulta. Estudos relatam um alto nível de discriminação dos

pacientes transgênero no ambiente médico, que resulta em 20% dos casos na negação de cuidados (DENDRINOS *et al.*, 2019). Sendo assim, o médico não deve presumir informações e deve sempre prezar pelo respeito ao paciente, mantendo sua privacidade e combatendo comportamentos discriminatórios (JARIN, 2019).

O objetivo deste estudo foi contextualizar as particularidades do atendimento inicial ao paciente transgênero na ginecologia, com enfoque no acolhimento e abordagem pelo generalista visando rastreamento de cânceres mais comuns, contracepção e fertilidade, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e queixas mais frequentes.

MÉTODO

Revisão bibliográfica não sistemática nas seguintes plataformas: PubMed, SciELO, MEDSCAPE e Cochrane; com os descritores “transgender”, “gynecology care”, “sex reassignment”, “fertility”, “cancer screening” e “sexually transmitted infections”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cirurgia de Redesignação Sexual

Cirurgias de redesignação sexual tornam-se realidade para o alinhamento físico de pessoas trans com sua identidade de gênero. A disforia de gênero é um fator determinante para pessoas transgênero procurarem intervenção médica e iniciarem o processo transexualizador, que também pode contar com tratamento hormonal para frear ou induzir a expressão de características sexuais secundárias (BARAM & MYERS *et al.*, 2019). Um estudo de 2019 atestou que 94% dos pacientes trans não se arrependem de suas escolhas, mesmo sendo uma preocupação para os profissionais no início do processo (MENDIOLA *et al.*, 2019). A importância do ginecologista para manejo dessas especificidades é imensurável, pois esse profissional fará acompanhamento desses pacientes durante o processo e, conseqüentemente, lidará com questões reprodutivas e cuidados preventivos (LEARMONTH *et al.*, 2018).

Masculino para feminino (MpF)

A técnica de cirurgia genital mais utilizada e estudada é a de inversão peniana. Primeiramente realiza-se criação de cavidade vaginal entre o reto e a uretra, a seguir, realiza-se orquiectomia e retirada parcial do pênis, incluindo a glândula que formará um clitóris funcional. A última parte é a criação da neovagina: a pele do pênis, uma porção da glândula e a bolsa escrotal são reposicionadas e remodeladas e farão parte dos lábios e revestimento da neovagina; o restante da glândula e o tecido nervoso se tornará o clitóris e, por fim, ocorre a ressecção da uretra e o seu reposicionamento (SCHMIDT *et al.*, 2019).

Já as cirurgias secundárias têm como objetivo alterar algumas características sexuais indesejadas pelo paciente que não são necessárias para o sistema reprodutor (COLEMAN *et al.*, 2012). Existem várias cirurgias desse tipo, como por exemplo, remoção do “pomo de adão”, rinoplastia e a redução de lábios, porém vale ressaltar a mais realizada: a mamoplastia.

Para as mulheres trans, essa cirurgia aumenta significativamente o sentimento de feminilidade. Apesar de a terapia hormonal contribuir consideravelmente para o desenvolvimento peitoral, alguns pacientes ainda desejam realizar esse tipo de tratamento (SAFA *et al.*, 2019). A cirurgia é igual para pacientes cisgênero: geralmente é feita por implantes prostéticos e, em alguns casos, pode ser feito com lipofilling (preenchimento com a própria gordura) (COLEMAN *et al.*, 2012).

Feminino para masculino (FpM)

Pode se iniciar esse processo com a retirada do útero, trompas e ovários (panhisterectomia) e então a remoção, total ou parcial, da vagina (colpectomia) (COLEMAN *et al.*, 2012). Pode não ser realizada a ooforectomia, assim como manter o útero, fechando apenas o canal vaginal. (CRISSMAN & RANDOLPH, 2018). Depois disso, é necessário fazer o pênis, sendo o método mais utilizado a metoidoplastia, no qual o clitóris do paciente é alongado, com a administração de testosterona, e transformado no neopênis com o revestimento dos lábios da vagina (SAFA *et al.*, 2019). Uma alternativa a esse método é a neofaloplastia, que consiste no uso de enxertos para criar a genitália. A neouretroplastia, ou alongamento da uretra, pode ser concluída com a tubularização de pele dos pequenos lábios, com ou sem tecido mucoso. Essa nova uretra pode ser colocada no neopênis da metoidoplastia ou anastomosado com a uretra criada na neofaloplastia. A última parte do procedimento consiste na criação do saco escrotal, geralmente com a mobilização dos grandes lábios (SAFA *et al.*, 2019).

Além disso, algumas cirurgias secundárias podem ser realizadas, como a mastectomia, ou cirurgia de “contorno peitoral”. Para a maioria dos homens trans, essa é a única cirurgia realizada (COLEMAN *et al.*, 2012) e consiste na construção de um peitoral masculino por meio da retirada de tecidos adiposo e parenquimal, redução de tamanho, realocação do mamilo e da área areolar e, se preciso, excisão de tegumento (SAFA *et al.*, 2019).

Hormonização

O uso de hormônios tem como principal objetivo suprimir características sexuais associadas com o sexo designado ao nascer e induzir as características do gênero desejado (UNGER, 2014a; MORAVEK, 2018). Pesquisas sobre o assunto ainda são bem escassas e, muitas vezes, os protocolos consistem na experiência que se tem com pacientes cisgênero que sofrem com hipogonadismo e na reposição hormonal de mulheres na menopausa. As terapias consistem na utilização de hormônios sexuais ou na supressão deles, podendo variar em intensidade de acordo com a dose e o objetivo desejado (MORAVEK, 2018). Ao mesmo tempo, distintas abordagens são adotadas em diferentes fases da vida (UNGER, 2014b).

No processo feminilizante, o principal objetivo é a supressão de efeitos andrógenos com o uso de agentes progestágenos que além de terem ação antigonadotrófica, também possuem caráter antiandrogênico. Outros medicamentos como a espirolactona e finasterida, assim como análogos e agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), acetato de leuprolida e implante de histrelina, podem ser utilizados (UNGER, 2014a).

Já características sexuais femininas secundárias podem ser induzidas com o uso de estrógenos. Além disso, o uso de etinilestradiol transdérmico é altamente recomendado por evitar o metabolismo hepático de primeira passagem, atingir seu objetivo com uma dose menor e manter os

níveis hormonais no sangue constantes, evitando a necessidade de auto-administração frequente, além de aumentar adesão ao tratamento (UNGER, 2014a).

Em pacientes que buscam a hormonização masculinizante utiliza-se, principalmente, o enantato de testosterona e undecanoato de testosterona e que resulta no aumento de massa muscular, de pelos faciais e acne, de libido e, na maioria das vezes, há a interrupção da menstruação, principalmente se administrada intramuscular. Nos casos em que ainda há menstruação, é possível a utilização de progestágenos para interrupção do fluxo (UNGER, 2014a; MORAVEK, 2018). Alterações como mudanças vocais e cliteriomegalia podem não ser reversíveis, mesmo com a cessão do uso e os pacientes devem ser orientados quanto a isso (MORAVEK, 2018).

No geral, pacientes que passam pela terapia hormonal relatam estarem satisfeitos com os resultados e experienciam uma melhora dos sintomas relacionados à disforia de gênero e na qualidade de vida (UNGER, 2014a; MORAVEK, 2018; ROWNIAK *et al.*, 2019). Ao mesmo tempo, em experiências com o uso de testosterona no processo de virilização de homens transgênero, já foi observado um maior risco de desestabilização de doenças psiquiátricas mais severas como hipomania, mania e psicose (MORAVEK, 2018).

Quando passamos a tratar de pacientes pediátricos, as orientações e cuidados são distintos. Em adolescentes pré-púberes trans, a prioridade deve ser começar o tratamento com o uso de análogos de GnRH a fim de suprimir o desenvolvimento da puberdade, podendo esse tratamento ser iniciado a qualquer momento em meninos e meninas que ainda não menstruam. Em pacientes do sexo feminino que já passaram pela menarca, está indicado o uso de progesterona ou combinado de estrógeno-progesterona, a fim de impedir fluxo menstrual intenso (UNGER, 2014b; SALAS-HUMARA *et al.*, 2019). Entretanto, o uso desses medicamentos nem sempre diminui os sintomas de disforia (SALAS-HUMARA *et al.*, 2019).

Ainda existem muitas divergências quanto à supressão puberal. Entretanto, essa terapêutica se mostra interessante ao passo que pode ser reavaliada e revertida no futuro (RAMOS *et al.*, 2020) e, posteriormente, características sexuais secundárias podem ser obtidas com o uso de hormônios sexuais, os mesmo usados em adultos, para induzir feminização ou virilização (UNGER, 2014b).

Em ambos os processos transsexualizadores que utilizam terapia hormonal, é necessário que certos critérios sejam seguidos, sendo o primeiro deles a investigação de condições pré-existentes que possam ser exacerbadas pelo uso de hormônios exógenos (UNGER, 2014a; MORAVEK, 2018). Em especial, quando se analisa o uso e ação da testosterona, deve-se estar atento para que esta se mantenha em níveis fisiológicos, uma vez que em quantidades suprafisiológicas o composto passa por um processo de aromatização, que dá origem ao estradiol, que atrasa o objetivo almejado, como também configura fator de risco para os cânceres ginecológicos (UNGER, 2014b; MORAVEK, 2018).

Contínuo a isso, o acompanhamento médico deve ser eficaz e constante. Exames para avaliar os níveis hormonais e a função dos principais órgãos atingidos devem ser feitos de acordo com as diretrizes vigentes, postuladas pelas sociedades médicas de endocrinologia. Estão indicados como propedêutica de rotina: análise de níveis hormonais (LH, FSH, estradiol, testosterona e, em alguns casos, prolactina), análise de função renal e hepática, painel lipídico, hematócrito, hemoglobina glicada, glicemia, densidade óssea, além de mensuração de peso, altura, estágio de Tanner, idade óssea e níveis de vitamina D em pacientes pediátricos (UNGER, 2014a; UNGER, 2014b; MORAVEK, 2018; SALAS-HUMARA *et al.*, 2019).

No mais, estudos recentes vêm descrevendo novas implicações, antes desconhecidas, da terapia hormonal. O uso de testosterona apresentou associação com casos de apneia obstrutiva do sono (AOS), enquanto o estrogênio teve um caráter protetivo (ROBERTSON *et al.*, 2019). No âmbito da saúde mental, há relatos da melhora de quadros de depressão e ansiedade em pacientes sob tratamento hormonal, mas ainda não está comprovada associação direta entre ambos, já que é possível que esteja associado também a um maior suporte social e médico e à chamada “experiência da vida real”, conceito que compreende a expressão cotidiana de sua sexualidade, alinhada com o seu desejo (ROWNIAK *et al.*, 2019).

Infecções sexualmente transmissíveis

Para a abordagem adequada dessa questão, é necessário que o ginecologista busque saber, por meio de perguntas abertas, informações cruciais como orientação sexual, idade de início da transição e processo adotado (JARIN, 2019). Além disso, é imprescindível o conhecimento sobre detalhes da história médica pregressa e a análise ativa da presença de fatores de risco, visto que se trata de uma população em condição de vulnerabilidade social (FRANCIS *et al.*, 2018). Durante esse processo, é importante investigar se a pessoa já sofreu algum tipo de violência e o contexto socioeconômico em que está inserida, verificando situações de maior risco a exposição a infecções ISTs, dificuldades de prevenção e de adesão ao tratamento (MEHRINGER & DOUSHEN, 2019).

Diante dos fatores apresentados, as taxas de incidência de ISTs apresentadas são maiores nesse grupo e variam de acordo com características individuais como a realização de genitoplastia, orientação sexual e associação ou não com prostituição. Dados de 2019, dos Estados Unidos da América (EUA), mostram que 9% da população transgênero apresenta infecção pelo HIV, sendo a porcentagem maior em mulheres trans (14%) (MEHRINGER & DOUSHEN, 2019). Outro estudo aponta que as taxas de infecção de mulheres trans é quatro vezes maior que a de homens trans (REISNER *et al.*, 2019). Em relação à população geral, a probabilidade de infecção por HIV em mulheres trans pode ser 49 vezes maior, apresentando taxas de prevalência de até 28%. No Brasil, estudos realizados na cidade de São Paulo mostraram uma prevalência de 26% de HIV entre pessoas trans, destoando de forma contundente da prevalência de 0,40% na população geral (IMBOREK *et al.*, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Sendo assim, mostra-se essencial a realização de orientações para a prevenção e o rastreio de ISTs nesse grupo, especialmente o HIV. A prevenção se dá por meio da utilização de método de barreira para sexo oral, vaginal e anal, além de estratégias de educação em saúde e conscientização da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Para adequada instrução sobre como utilizar, em que momento da prática sexual colocar e cuidados durante o uso, o profissional deve se atentar às informações obtidas no início da anamnese, como orientação sexual e a realização de transição por meio de intervenção cirúrgica (CALLANDER *et al.*, 2019).

Ademais, a prevenção perpassa também a detecção precoce de casos sintomáticos e, sobretudo, assintomáticos das infecções. No Brasil, apesar das campanhas para realização de triagem na atenção primária, não há um protocolo definitivo de rastreio para a população geral, sendo a indicação dos testes variáveis de acordo com a história clínica do paciente e exposição a situações de risco. De modo geral, indica-se a triagem para sífilis, gonorreia, clamídia, HIV e hepatites B e C para paciente já com ISTs e populações-chave, englobando transsexuais e travestis. No entanto, não há indicação de uma periodicidade para esse rastreio (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2015) e as taxas encontradas são baixas, chegando à triagem do HIV em apenas 27% das mulheres trans, durante toda a vida (CASTRO *et al.*, 2016).

Nos EUA, o rastreamento de assintomáticos na população transgênero é baseado no histórico de comportamento e nas práticas sexuais, levando em conta a atual anatomia do paciente, e para isso criando diversas categorias nas quais os pacientes serão enquadrados. Mesmo dentro dessas categorias, há variação da indicação de testes com base na prática sexual (oral, anal e vaginal) e riscos apresentados, estipulando a periodicidade com que devem ser realizados (CDC, 2015).

Diante dessas ponderações, mostra-se necessário o rastreamento de assintomáticos por meio da realização de sorologias para HIV, sífilis, gonorreia, clamídia e hepatites B e C pelo menos em um momento da vida e nova triagem diante de outras exposições. Em grupos populacionais em que o acesso à saúde pode ser restrito e o seguimento prejudicado, deve-se aproveitar as oportunidades para realização de rastreamento, respeitando a janela imunológica das infecções.

Além dos rastreios dos assintomáticos, é importante também se atentar para o aparecimento de sintomas como úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal, doença inflamatória pélvica (DIP) e verrugas anogenitais que podem ser indicativos de ISTs e necessitam de exames para confirmação do diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Diante de um paciente com diagnóstico positivo, além da prescrição do tratamento adequado, é necessária a orientação quanto à abstenção de práticas sexuais desprotegidas, seguimento avaliando adesão ao tratamento e identificação de possíveis contágios por meio da triagem dos parceiros. Todas essas ações devem ser aplicadas de forma incisiva, sobretudo diante de um grupo frequentemente em vulnerabilidade social (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Por fim, algumas medidas profiláticas podem ser tomadas. É o caso, por exemplo, do uso de PrPE (profilaxia pré-exposição) e PEP (profilaxia pós-exposição) no HIV e de vacinas no caso de HPV e Hepatites virais, medidas que frequentemente não são adotadas na prevenção de ISTs. Um estudo realizado com adultos transgênero em São Paulo e no Rio Grande do Sul mostrou que 71% não tinham conhecimento sobre PEP (COSTA *et al.*, 2018). Sendo assim, torna-se evidente a necessidade de orientação e divulgação dessas medidas.

Contracepção e fertilidade

Apesar de seu papel importante, a gonadectomia e a terapia hormonal podem resultar na perda do potencial reprodutivo do paciente, o que pode ser um entrave a sua realização. A redução da fertilidade é bem compreendida quando há a remoção cirúrgica das gônadas, porém, não estão completamente explicados os efeitos do uso da terapia hormonal (NEBLETT & HIPP, 2019).

Em relação à testosterona exógena, alterações a longo prazo ainda não estão claras nos pacientes trans. Essa terapia conduz a um quadro de amenorreia geralmente reversível após a descontinuação do uso. Pode afetar o endométrio uterino, diminuindo seu potencial de nidificação. Além disso, atua nos ovários, levando a hiperplasia e luteinização estromal, espessamento do córtex e aceleração da atresia folicular (DENDRINOS *et al.*, 2019; NEBLETT & HIPP, 2019).

Em mulheres trans, a exposição a longo prazo à terapia hormonal feita com estrógeno causa estreitamento do túbulo seminífero e ausência total de células de Leydig. Além disso, pode induzir a apoptose celular na pituitária e nos testículos, levando ao comprometimento da espermatogênese. Quando ele é usado em combinação com um anti-androgênio, é esperado maior prejuízo da espermatogênese, inclusive com vacuolização do tecido conjuntivo gonadal. Ademais, os

parâmetros do esperma são impactados com o desenvolvimento de oligospermia, astenospermia e teratospermia (MATTAWANON *et al.*, 2018).

Apesar das alterações na fertilidade, os pacientes trans ainda possuem capacidade de reprodução, sobretudo se mantiverem as gônadas, necessitando, portanto, de orientações a cerca de planejamento familiar e contracepção. Em mulheres trans que mantiveram o órgão genital é indicado o uso de métodos de barreira em caso de relações peniano-vaginais e uso de métodos contraceptivos para a parceira ou o parceiro, em caso de homens trans (FRANCIS *et al.*, 2018).

Em homens trans que não usam hormônios é esperado um ciclo menstrual normal. Naqueles que usam testosterona, a amenorreia é geralmente esperada dentro de seis meses. Sendo assim, para ambos pacientes, é importante um acompanhamento médico, expondo os métodos anticoncepcionais e a opção de esterilização. A necessidade de contraceptivos deve ser discutida regularmente, uma vez que a gravidez não planejada pode ocorrer mesmo em pacientes com amenorréia induzida por testosterona (DENDRINOS *et al.*, 2019).

Em caso de homens trans que não têm certeza de seus desejos a longo prazo para o potencial reprodutivo, a contracepção reversível de ação prolongada é o método mais eficaz e indicado. Dessa maneira, muitos optam por evitar os métodos que contém estrógeno, escolhendo, assim, opções apenas de progestágeno, incluindo dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel. O DIU de cobre também é uma opção anticoncepcional disponível e com a vantagem de ser sem hormônio (FRANCIS *et al.*, 2018; DENDRINOS *et al.*, 2019).

Apesar de existirem muitos métodos contraceptivos e a necessidade de planejamento familiar, dados da Alemanha sugerem que apenas uma pequena parcela das mulheres trans (9,6%) e uma parcela ainda menor de homens trans (3,1%) passa por procedimentos a fim de preservar sua fertilidade. Mesmo diante disso, estudos indicam que o desejo de pessoas transgênero em terem filhos equipara-se ao de pessoas cisgênero, sendo desejo de cerca de 47% dos indivíduos transgêneros ter um filho biológico. Assim, algumas opções são bem aceitas para manutenção da capacidade reprodutiva no grupo, principalmente antes da realização de terapias hormonais e gonadectomias, e permitem o início de uma gestação (NEBLETT & HIPPI, 2019).

Para mulheres trans, o melhor método é a criopreservação do esperma, de preferência antes da administração de hormônios. As taxas de sucesso dependem da qualidade do esperma e da tecnologia de reprodução assistida adotada. A escolha de técnica depende do sexo e fertilidade do parceiro, da quantidade e da qualidade do esperma coletado, sendo muitas vezes preferível a realização de fertilização *in vitro* pelas maiores taxas de sucesso (MATTAWANON *et al.*, 2018). Potenciais opções para essas pacientes são a criopreservação de tecido testicular e transplante de útero, sendo que a primeira já é realizada em pacientes pré-puberais (NEBLETT & HIPPI, 2019).

Em homens trans, as opções disponíveis são a criopreservação de embriões, de oócitos ou de tecido ovariano, essa última ainda experimental. Nas duas primeiras técnicas, há necessidade de realização de hiperestimulação ovariana para obtenção do gameta sendo uma limitação, uma vez que pode intensificar a disforia. Para pacientes que mantiveram o útero e o canal vaginal, após a criopreservação, pode ser realizada a reprodução assistida (CHENG *et al.*, 2019).

No caso de crianças e adolescentes trans, estudos indicam taxas baixas de preservação da fertilidade, entre 3 e 4% (NAHATA *et al.*, 2017). Além disso, nesses pacientes, a decisão de manutenção ou não da fertilidade é, pela lei, uma decisão dos pais, o que gera uma preocupação ética significativa, mesmo os pacientes sendo jovens. Portanto, é necessário que o médico, juntamente ao paciente e à família, discutam as possibilidades e, caso necessário, sejam auxiliados

por um psicólogo ou psiquiatra. O uso de agonistas de GnRH em pré-púberes permite que haja tempo para a tomada de decisão. Para pacientes na puberdade, as opções são as mesmas abordadas para os adultos, já em pacientes pré-púberes, apenas métodos experimentais estão disponíveis (NEBLETT & HIPPI, 2019). No caso de meninas trans, está indicada a criopreservação de tecido testicular ou espermatogônias-tronco (GALUPPO, 2015; NEBLETT & HIPPI, 2019). Já para meninos trans, a única opção é a criopreservação de tecido ovariano (NEBLETT & HIPPI, 2019).

Rastreio de Câncer

O rastreio de câncer é uma ação contínua e que demanda uma boa relação médico paciente. Observa-se um menor número de rastreio em pessoas trans para câncer (CA) de mama, do colo do útero e colorretal do que em pessoas cis (KIRAN, *et al.* 2019). Logo, é necessário que abordagem seja o mais inclusiva possível para que se possa manter o rastreamento de neoplasia nos pacientes e se possa obter mais informações médicas a respeito, visto que há uma escassez de dados em relação a essa população.

CA de Mama

Atualmente, o screening de câncer de mama no Brasil acontece anualmente para mulheres de 50 a 69 anos sem fatores de risco associados. Sabe-se que a estimulação estrogênica é fator predisponente para o aparecimento de câncer de mama, o que implica em terapia hormonal com estrógeno como fator de risco (PUECHL *et al.*, 2019). Além disso, outros fatores como idade, histórico pessoal de câncer de mama, questões genéticas, obesidade, nuliparidade, utilização de terapia de reposição hormonal, consumo excessivo de álcool, presença tecido mamário denso e tabagismo são fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama (PATEL *et al.*, 2019). Mulheres trans podem apresentar alguns desses fatores, principalmente o uso de terapias hormonais e mamas mais densas, aumentando sua probabilidade de ter câncer de mama em relação a homens cis. A densidade da mama, aumentada em 60% das pacientes trans, ainda influencia na realização de mamografias, aumentando as chances de resultados falso-negativos (PUECHL *et al.*, 2019). Apesar disso, é imprescindível seu rastreio com mamografia, que será realizado em faixa etária próxima à das mulheres cis, entre 50 e 70 anos de acordo com a diretriz do Ministério da saúde, mas com ênfase na utilização concomitante de ultrassom ou ressonância magnética nos casos de mamas mais densas e de difícil visualização pela mamografia (DEUTSCH *et al.*, 2017).

Para a população de homens trans, o que se deve enfatizar é que normalmente há a preservação do mamilo durante mastectomia, incluindo o complexo areolar, e, conseqüentemente, tecido residual glandular adjacente. Um estudo indicou que após a mastectomia ocorre uma queda de 90% na probabilidade de desenvolvimento de câncer de mama, porém o rastreamento ainda é necessário (PATEL *et al.*, 2019). Além disso, andrógenos, são aromatizados para estrógeno de forma fisiológica, tornando a hormonização com testosterona um fator de risco para o câncer de mama. O rastreio dessa população é controverso, tendo indicações desde apenas exame clínico anual a rastreio anual com mamografia a partir dos 40 anos, e caso alguma lesão seja palpada, ultrassom deve ser realizado (PUECHL *et al.*, 2019).

CA de colo útero

A infecção pelo HPV é responsável por cerca 90% dos cânceres de colo de útero e 50% dos cânceres penianos, sendo sua presença um importante fator prognóstico. No contexto da população trans, um conjunto de pequenos estudos indicaram que essa população apresentaria uma frequência de HPV entre 40% a 95%, assim tendo um alto potencial oncogênico. Dessa maneira, é imprescindível que homens trans realizem o rastreamento de câncer de colo de útero, caso não tenham realizado a histerectomia total. (PUECHL *et al.*, 2019). Em geral, o exame do Papanicolau é uma das principais ferramentas para identificação do câncer de colo de útero em mulheres cis, porém gera desconforto e constrangimento nos indivíduos trans, devido à falta de sensibilidade e preparo médico, assim como pelo próprio conflito identitário dessa ferramenta (KIRAN *et al.*, 2019). Dessa forma, indica-se a utilização de uma autocoleta de amostras por *swab*, a qual apresenta eficácia no rastreio da infecção por HPV e possibilita uma maneira inclusiva e mais aceita pelo paciente (PATEL *et al.*, 2019).

Além disso, mulheres trans que realizaram o procedimento para a formação da neovagina devem também se atentar a uma possível neoplasia. Quando o procedimento cirúrgico de neovagina utiliza-se estruturas penianas para modelagem, é possível que ainda ocorra o contágio pelo vírus do HPV e uma possível displasia nesses casos (PUECHL *et al.*, 2019).

CA de Endométrio

Homens trans não submetidos à histerectomia e em uso de andrógenos por longos períodos estão sob risco de hiperplasia ou câncer de endométrio pela possibilidade de elevação dos níveis de estrógeno por aromatização. Sabe-se que esse é um fator de risco para hiperproliferação celular maligna, entretanto, não se encontram dados que sustentem essa afirmação, tornando o rastreio desse câncer desaconselhado para homens assintomáticos (PUECHL, *et al.* 2019).

A terapia hormonal proposta na masculinização leva, em um curto espaço de tempo, à atrofia de endométrio, semelhante à de mulheres cis pós-menopausa. Foi observado durante avaliação histológica das amostras de histerectomia de 112 homens transexuais após uso de testosterona em longo prazo os seguintes padrões de tecido endometrial primário: endométrio proliferativo em 48% dos pacientes, endométrio atrófico em 45% e hiperplasia endometrial em 7%, indicando que na presença de sintomatologia específica como sangramento sem causa provável deve ser iniciado investigação adicional (PUECHL, *et al.* 2019).

A ultrassonografia endovaginal é o ponto inicial para rastreio de câncer de endometrio, cabendo cautela no seu uso, uma vez que se baseia na média de espessura de endométrio de mulheres cis, não tendo ainda valores de interpretação para homens trans submetidos ao uso de testosterona exógena. Considerando tal fator, a amostragem endometrial é recomendada ao oferecer uma confiabilidade maior. Ressalta-se a importância de embasamento para escolha no método de suporte de diagnóstico, sabendo que esses devem ser bem recomendados e preparados, de forma a minimizar o desconforto físico e emocional do paciente (PUECHL *et al.*, 2019; IMBOREK *et al.*, 2017).

CA de Próstata

A maioria das mulheres trans continua com a próstata mesmo após realização de genitoplastia feminilizante. Sendo assim, ainda há a possibilidade de ocorrência de CA de próstata,

mesmo após realização de terapias hormonais ou cirúrgicas. No caso das terapias hormonais, a próstata atrofia devido à ausência de estímulo androgênico suficiente, levando a uma próstata menor à palpação e em exames de imagem, também implicando em menores valores séricos de antígeno específico da próstata (PSA).

Por causa disso, o rastreio por meio de PSA sanguíneo deve ter limites inferior e superior diminuídos, sendo que resultados acima de 1.0 ng/mL devem ser considerados alterados e já indicam necessidade de propeidêutica adicional. O toque da próstata como rastreio é recomendado acima dos 50 anos de idade, principalmente para os indivíduos que começaram a hormonização tardia, e pode ser realizado de forma transretal ou transvaginal caso haja presença de neovagina (PUECHL *et al.*, 2019; IMBOREK *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Diante da marginalização dessa população, da dificuldade de acesso à saúde especializada e das particularidades de cada indivíduo, é necessário o conhecimento sobre o tema para adequado acolhimento na atenção primária e melhoria da qualidade de vida. É evidente a falta de preparo dos profissionais para atendimento desses pacientes e a correta abordagem de suas principais demandas, mostrando a importância de desenvolvimento de material científico para a sua capacitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARAM, S. *et al.* Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: a systematic review. *Human Reproduction Update*, v. 25, p. 694, 2019.
- Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 36 p.
- Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CALLANDER, D. *et al.* Sexually transmissible infections among transgender men and women attending Australian sexual health clinics. *Medical Journal of Australia*, v. 211 p. 406, 2019.
- CASTRO, R. *et al.* 2016. The men who have sex with men HIV care cascade in Rio de Janeiro, Brazil. 1. *PLoS ONE*, vol 11, p. 1, 2016.
- CAVALCANTE, E.G.F. *et al.* Partner notification for sexually transmitted infections and perception of notified partners. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, p. 450, 2016.
- CDC- CENTRO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS. Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines. Centro de Prevenção e Controle de Doenças, Atlanta, 2015.
- CHENG, P.J. *et al.* Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, v. 8, p. 209, 2019.
- COLEMAN, E. *et al.* Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people. Version 7. *International Journal of Transgenderism*, v. 13, p. 165, 2012.
- COSTA, A.B. *et al.* 2018. HIV-related healthcare needs and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Aids and Behavior*, v. 22, p. 2534, 2018.
- CRISSMAN, H. & RANDOLPH JR, J.F. Role for OBGYNs in gender-affirming surgical care of transgender and gender nonconforming individuals. *Clinical obstetrics and gynecology*, v. 61, p. 722, 2018.
- DENDRINOS, M.L. *et al.* Addressing the needs of transgender patients. *Obstetrical & Gynecological Survey*, v. 74, p. 33, 2019.
- DEUTSCH, M.B. *et al.* Breast cancer screening, management, and a review of case study literature in transgender populations. *Seminars in Reproductive Medicine*, v. 35, p. 434, 2017.
- FRANCIS, A. *et al.* Contraceptive challenges and the transgender individual. *Women's Midlife Health*, v. 4, p. 1, 2018.
- GALUPPO, A.G. Spermatogonial stem cells as a therapeutic alternative for fertility preservation of prepubertal boys. *Einstein (São Paulo)*, v. 13, p. 637, 2015.
- IMBOREK, K.L. *et al.* Preventive health for transgender men and women. *Seminars in reproductive medicine*, v. 35,5, p. 426, 2017
- JARIN, J. The Ob/Gyn and the transgender patient. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, v. 31, p. 298, 2019.
- KIRAN, T. *et al.* Cancer screening rates among transgender adults: Cross-sectional analysis of primary care data. *The College of Family Physicians of Canada*, v.65, p. 30, 2019.
- LEARMONTH, C. *et al.* Barriers to insurance coverage for transgender patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 219, p. 272, 2018.

- MATTAWANON, N. *et al.* Fertility preservation options in transgender people: a review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, v. 19, p. 231, 2018.
- MEHRINGER, J. & DOWSHEN, N.L. Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, v. 49, p. 1, 2019.
- MENDIOLA, M. *et al.* Barriers to Care and Reproductive Considerations for Transmasculine Gender Affirming Surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 222, n. 1, p. 90, 2020.
- MORAVEK, M.B. Gender-affirming hormone therapy for transgender men. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 61, p. 687, 2018.
- NAHATA, L. *et al.* Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, v. 61, p. 40, 2017.
- NEBLETT, M.F. & HIPPI, H.S. Fertility considerations in transgender persons. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, v. 48, p. 391, 2019.
- PATEL, J.M. *et al.* Gynecologic cancer screening in the transgender male population and its current challenges. *Maturitas*, v. 129, p. 40, 2019.
- PUECHL, A.M. *et al.* Care and cancer screening of the transgender population. *Journal of Women's Health*, v. 28, p. 761, 2019
- RAMOS, G.G.F. *et al.* Systematic review: puberty suppression with GnRH analogues in adolescents with gender incongruity. *Journal of Endocrinological Investigation*, 2020.
- REISNER, S.L. *et al.* situated vulnerabilities, sexual risk, and sexually transmitted infections' diagnoses in a sample of transgender youth in the United States. *Aids Patient Care and STDs*, v. 33, p. 120, 2019.
- ROBERTSON, B.D. *et al.* The effects of transgender hormone therapy on sleep and breathing: a case series. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, v. 15, p. 1529, 2019.
- ROWNIAK, S. *et al.* Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative systematic review. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, v. 17, p. 1826, 2019.
- SAFA, B. *et al.* Current concepts in masculinizing gender surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 143, p. 857, 2019.
- SAFER, J.D. & TANGPRICHA, V. Care of transgender persons. *New England Journal of Medicine*, v. 381, p. 2451, 2019.
- SAFER, J.D. *et al.* Barriers to healthcare for transgender individuals: *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, v. 23, p. 168, 2016.
- SALAS-HUMARA, C. *et al.* Gender affirming medical care of transgender youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, v. 49, p. 100683, 2019.
- SCHMIDT, M. *et al.* Surgical management and gynecologic care of the transgender patient: *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, v. 31, p. 228, 2019.
- UNGER, C.A. Care of the transgender patient: the role of the gynecologist. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 210, p. 16, 2014a.
- UNGER, C.A. Gynecologic care for transgender youth: *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, v. 26, p. 347, 2014b.

40

SEXO E GÊNERO: UMA NOVA VISÃO PARA A MEDICINA DO BRASIL

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Brasileira Multivix Vitória – Multivix, Vitória, ES.

AUTORES

ELIS PENTEADO ARANTES¹
GIULIANA VIEIRA PRETTI¹

Palavras-chave: Medicina, Gênero, Sexo, Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

De acordo com o National Institute of Health, sexo é igual a DNA, isto é, cada célula do corpo humano possui um DNA único do indivíduo o qual pertencem, conseqüentemente cada órgão possui o mesmo sexo desse organismo (NIH, 2020). Portanto, existem diferenças de sexo no coração, no cérebro e em todos os órgãos humanos, bem como em todas as células, incluindo células-tronco (SCHENCK, 2019).

Nos dias atuais, já se sabe que o sexo feminino e masculino se diferem no que se refere à biologia e, como consequência, possuem disparidades na etiologia, prevalência, apresentação de sintomas, respostas ao tratamento e prognósticos em diferentes doenças (KARLSSON, 2019). Existem diferenças de sexo no que tange à farmacocinética e farmacodinâmica, ou seja, a absorção, o metabolismo e a eliminação de medicamentos, bem como os efeitos esperados e ações adversas são diferentes em homens e mulheres (KARLSSON, 2019).

Nesse contexto, hoje o sexo é considerado uma variável biológica, incluindo diferenças cromossômicas, fisiológicas e hormonais (JENKINS, 2019). Muitos países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá, Japão, Áustria, Itália e Suécia, entendendo esse novo cenário, hoje contam com leis e incentivos para incluírem em suas pesquisas essa variável (JENKINS, 2019; SCHENCK, 2019; LYNN & AUSTIN, 2017; MADSEN *et al*, 2017).

Por muitos anos, as mulheres foram sub-representadas em ensaios clínicos e pesquisas médicas, o que acarretou lacunas nas evidências de pesquisas e a resultados ruins de saúde para as mulheres, incluindo taxas aumentadas de efeitos colaterais adversos de medicamentos e dispositivos médicos (SCHENCK, 2019; LYNN & AUSTIN, 2017; MADSEN *et al*, 2017).

Um editorial na revista *Nature* destacou os perigos da falta de participação adequada de mulheres e homens na pesquisa e sugeriu que agências de financiamento, instituições responsáveis pela vigilância em saúde, médicos e todas as escolas ajam para educar a comunidade médica sobre a importância das diferenças de sexo e que as revistas científicas exijam o relato do sexo dos animais

em suas pesquisas publicadas (REIDY, 2010). Isto posto, se entende que não incluir as mulheres nos estudos clínicos e não informar o sexo dos participantes é um desserviço para a saúde de toda a população (HILTNER & OERTELT-PRIGIONE, 2017).

Todavia, não é apenas o sexo que influencia na saúde humana. Sabe-se hoje que o gênero também é um fator de grande influência na saúde das pessoas (MADSEN *et al*, 2017). Há um consenso de que as definições de sexo e gênero, de acordo com o Institute of Medicine (IOM), são precisas: sexo é uma construção biológica, enquanto gênero é uma construção social. O termo “sexo” refere-se ao estado biológico de uma pessoa e é baseado em uma combinação de anatomia, genética e hormônios (MADSEN *et al*, 2017; JOHNSON *et al*, 2009). O termo “gênero” é uma construção psicológica e social que se refere às atitudes, sentimentos e comportamentos que uma pessoa e sua cultura associam ao sexo de uma pessoa compatível com seu sexo no nascimento (MADSEN *et al*, 2017).

Estudos comprovam que tanto o sexo, quanto o gênero afetam em todos os aspectos da saúde e da doença, incluindo epidemiologia, fisiopatologia, determinantes sociais da saúde, acesso a cuidados médicos e resultados de saúde (MADSEN *et al*, 2017). Sexo e gênero mostram interações altamente complexas com outros fatores de risco de doenças em vários domínios, variando do muito pequeno (nível molecular) ao muito grande (configuração institucional do sistema de saúde) (KLIMEK, 2019). Com isso, grandes universidades de medicina em países desenvolvidos, hoje possuem no currículo de seus alunos a Medicina de Sexo e Gênero. A medicina sexual e de gênero é uma abordagem inovadora a pesquisa, assistência e ensino médicos (OERTELT-PRIGIONE *et al*, 2019). Sua implementação é um processo de mudança complexo, que questiona os fundamentos da medicina androcêntrica tradicional, que coloca o homem branco de meia idade como o modelo da pesquisa clínica (OERTELT-PRIGIONE *et al*, 2019).

Nesse sentido, a integração da perspectiva de gênero nos currículos médicos provou ser de grande valor para enfrentar as desigualdades em saúde, criadas pelo preconceito de gênero (LEGROS-LEFEUVRE *et al*, 2019). Ademais, integrar as questões de gênero ao currículo e enfatizar a influência do gênero nas escolhas pessoais e profissionais é necessário para promover a igualdade de gênero na medicina (CIVITELLI, 2019). Todos os funcionários e educadores devem estar cientes da relevância científica das diferenças de gênero e sexo para integrar esse conhecimento em todas as aulas e disciplinas (CIVITELLI, 2019).

Entretanto, enquanto países como Japão, Austrália, Estados Unidos, Áustria, Itália e Canadá estão em concordância com todas as pesquisas mais recentes e, portanto, colocando em prática a medicina de sexo e gênero, no Brasil quase não se discute sobre isso. Ao pesquisar sobre sexo e gênero na medicina do Brasil, nas principais universidades do país (Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal do Paraná) não são achadas nenhuma que tivesse um departamento específico sobre medicina sexual e de gênero, tampouco uma disciplina curricular obrigatória sobre esse tema.

Inclusive, nas mesmas faculdades e em outras, como Universidade Federal do Espírito Santo e na Universidade Federal de Minas Gerais, existe uma disciplina intitulada “saúde da mulher”, em que se estuda basicamente apenas sobre os órgãos sexuais femininos (ginecologia) e sobre obstetrícia. Pouco se é dito com relação a interferência do sexo e do gênero na saúde da população

brasileira. Esse cenário é preocupante e coloca o Estado brasileiro bem atrasado no que tange pesquisas médicas e ensino sobre medicina de gênero e sexo.

Objetivo desse trabalho é motivar que as universidades brasileiras de medicina incluam no seu currículo a medicina de sexo e gênero e, com isso, consigam formar médicos ainda mais humanos, que entendam que para obterem uma boa conduta precisam levar em consideração o sexo e o gênero do paciente. Além, é claro, de encorajar mais pesquisas brasileiras dentro dessa área da medicina.

MÉTODOS

Revisão de literatura em que estudos foram pesquisados em sites como SciELO, Google Acadêmico, Sage Journals e The Foundation for Gender-Specific Medicine. As palavras-chaves para a pesquisa foram: gênero, sexo, saúde da mulher, medicina e políticas públicas.

A revisão se iniciou em agosto de 2020 e terminou em novembro de 2020, foram selecionados 37 artigos do ano de 2009 a 2019. Os critérios de inclusão foram trabalhos publicados e disponíveis em bases de dados científicas que falavam sobre sexo e gênero. Os critérios de exclusão foram trabalhos realizados antes do ano de 2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sub-representação de células femininas na pesquisa clínica resultou em uma compreensão mais pobre dos mecanismos biológicos, fisiológicos e fisiopatológicos nas mulheres em comparação com os homens. Sem dados do sexo feminino, é impossível determinar se os resultados obtidos em células masculinas também se aplicam a células femininas (LYNN & AUSTIN, 2017).

Em humanos, os padrões de metilação do DNA em amostras de sangue total são diferentes para homens e mulheres em genes implicados em doenças metabólicas e cardiovasculares (LYNN & AUSTIN, 2017). Os riscos cardiovasculares e as respostas à intervenção diferem entre mulheres e homens. Por exemplo, nas mulheres, a aspirina reduz o risco de acidente vascular cerebral isquêmico, ao passo que, nos homens, a terapia com a mesma droga reduz o risco de ataque cardíaco (LYNN & AUSTIN, 2017). Desse modo, tanto o sexo, quanto o gênero e suas interações podem gerar influências epigenéticas, como nas respostas ao estresse e nas reações fisiológicas resultantes (LYNN & AUSTIN, 2017).

Neste sentido, um estudo realizado na Suécia identificou que mais mulheres do que homens tem infarto do miocárdio sem estenose obstrutiva, doença microvascular, espasmo coronário prolongado, dissecação espontânea da artéria coronária e embolização paradoxal (SCHENCK, 2019). Com isso, a angiografia coronária nem sempre é um diagnóstico para a investigação de cardiopatia isquêmica em mulheres. Sendo assim, as mulheres não recebem um tratamento individualizado e têm taxas de mortalidade mais altas (SCHENCK, 2019).

Além disso, a placa de atheroma em mulheres se espalha uniformemente pelas paredes das artérias, se tornando difusamente depositada, não formando uma obstrução visível para exames de imagem considerados padrões (LYNN & AUSTIN, 2017; JOHNSON, 2014). Ademais, as mulheres têm, mais frequentemente, doenças em vasos sanguíneos pequenos, conseqüentemente, os bloqueios nas artérias podem ser mais difíceis de detectar na angiografia, também podendo apresentar

sintomas sutis de isquemia, mas ainda apresentam alto risco de infarto do miocárdio (LYNN & AUSTIN, 2017; JOHNSON *et al*, 2014).

Nesse contexto, um estudo da *Copenhagen City Heart*, indicou diferentes associações entre estresse em relação aos fatores de risco de doença cardiovascular (DCV) e desfechos em homens e mulheres. Em geral, os homens podem ser mais vulneráveis à influência do estresse na adiposidade corporal, pressão arterial e mortalidade por DCV. No entanto, as mulheres podem ser mais vulneráveis à influência potencial do estresse nas medidas de regulação da glicose, dislipidemia e risco de DCV (TAYLOR *et al*, 2018).

Pesquisas recentes sobre arritmias cardíacas revelaram, ainda, diferenças entre os sexos no aparecimento de distúrbios do ritmo, bem como diferenças na fisiopatologia, sintomas e tratamento (SCHENCK, 2019). De acordo com o mesmo autor, a fibrilação atrial aumenta o risco de acidente vascular cerebral, morte e desfechos cardiovasculares mais em mulheres do que em homens. Em outro estudo sobre doenças cardíacas, foi demonstrado que apesar de a miocardite ser a principal causa de miocardiopatia dilatada em homens e mulheres, a patogênese e o prognóstico diferem entre os sexos (FAIRWEATHER, 2019).

Ainda com relação a doenças do coração, outra pesquisa de uma universidade japonesa mostrou que o sexo é um importante contribuinte para a heterogeneidade fenotípica da insuficiência cardíaca (IC) (NOCHIOKA *et al*, 2019). Mulheres com IC são tipicamente mais velhas e têm, mais frequentemente, hipertensão, fração de ejeção ventricular esquerda preservada e menos cardiopatia isquêmica em comparação com os homens (NOCHIOKA *et al*, 2019). Com isso, hoje o estudo sobre as diferenças de sexo e gênero é um dos pontos mais importantes e alvo terapêutico da medicina cardiovascular (SHIMOKAWA, 2019).

Em 2011, Aguirre de Carcer e colaboradores escreveram um dos primeiros artigos que exploram as características específicas de gênero do microbioma, mostrando que a microbiota difere significativamente entre homens e mulheres (LEVY & SOLT, 2018). Este estudo ilustrou que a divergência na microbiota intestinal observada entre os sexos pode ter um papel dominante na definição de diferenças biológicas na prevalência de doenças inflamatórias metabólicas e intestinais (LEVY & SOLT, 2018).

Existem, ainda, diferenças de sexo com relação à prevalência de transtornos psiquiátricos (LANDEN, 2018). Há mais mulheres do que homens com diagnóstico de transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade. Já os homens são mais diagnosticados com transtornos de abuso de substâncias e transtornos psiquiátricos com início na infância (LANDEN, 2018).

Segundo pesquisa realizada por Donington e Colson, apesar de uma em cada cinco pessoas diagnosticadas com câncer de pulmão nunca ter fumado, as mulheres não fumantes têm três vezes mais probabilidade de apresentá-lo do que os homens. Muitos fatores complexos, desde a genética até as condições comportamentais e ambientais, contribuem para esses resultados (DONINGTON & COLSON, 2011). As diferenças de sexo e gênero claramente desempenham um papel importante na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de pulmão em mulheres (JOHNSON *et al*, 2014).

Os pesquisadores também descobriram que os hormônios sexuais, principalmente o estrogênio, influenciam o desenvolvimento e a mortalidade do câncer de pulmão (DONINGTON & COLSON, 2011). O estrogênio ativa seus receptores, que estão presentes em 45% a 70% dos cânceres de células não pequenas, e também podem desempenhar um papel na ativação de certos genes dentro desses tumores. Além disso, este hormônio faz com que as mulheres metabolizem a

nicotina mais rápido do que os homens, uma descoberta que pode explicar o comportamento de fumar e a diminuição da eficácia da terapia de reposição de nicotina em mulheres (DONINGTON & COLSON, 2011; JOHNSON *et al*, 2014).

Nesse sentido, somente após 14 estudos foi demonstrado que os níveis terapêuticos de Zolpidem® persistiam em mulheres oito horas após tomarem a dose-padrão de 10 mg, que os fabricantes alteraram a dose recomendada para mulheres para metade da recomendada aos homens, indicando uma diferença de sexo no metabolismo dessa droga (MADSEN *et al*, 2017). Portanto, incluir o sexo e o gênero como variáveis nas pesquisas é essencial dado o impacto do sexo e gênero na saúde, doença e epidemiologia da doença, progressão, gravidade e sintomas, bem como procedimentos de diagnóstico apropriados, metabolismo de medicações, resposta ao tratamento e prognóstico (MADSEN *et al*, 2017).

Sendo assim, o conhecimento sensível ao sexo e gênero é essencial para a prática da medicina centrada na pessoa, e a incorporação desse conhecimento nos livros didáticos e nas aulas nas universidades de medicina parece ser viável, desejável e comprovadamente necessária (HILTNER & OERTELT-PRIGIONE, 2017).

CONCLUSÃO

Para que a comunidade médica identifique e trate adequadamente as doenças em mulheres e homens, uma consideração maior de como as diferenças de sexo e gênero se relacionam com os padrões anatômicos e fisiopatológicos subjacentes dos mecanismos da doença é crucial (MCGREGOR, 2016).

Influências biológicas e sociais são críticas para a saúde. As mulheres enfrentam taxas mais altas de doenças, como câncer de mama, osteoporose e doenças autoimunes, do que os homens (MAGUIRE, 2019). Outras doenças afetam homens e mulheres de maneiras diferentes, incluindo câncer de pulmão, doenças psiquiátricas e doenças cardiovasculares (LANDEN, 2018; MAGUIRE, 2019; JOHNSON *et al*, 2014). As mulheres não apresentam as mesmas condições e respondem de forma diferente ao tratamento do que os homens. Para melhor atender a população, as estratégias em saúde devem levar em conta essas diferenças (MAGUIRE, 2019).

Sexo e gênero têm implicações importantes para a prestação de cuidados de saúde. Devido ao papel reprodutivo das mulheres, sua saúde afeta a saúde de seu filho e das gerações futuras. Os tratamentos devem ser administrados, respondendo às diferenças, como sexo, gênero e idade, e devem ser adaptados para garantir que todas as pessoas e pacientes recebam os melhores cuidados disponíveis (MAGUIRE, 2019).

Dado que existem disparidades de gênero na prevalência de tipos gerais e diferentes de doenças, estudos futuros devem ser realizados com a inclusão de variáveis como sexo e gênero para identificar populações vulneráveis e desenvolver intervenções direcionadas (TAYLOR *et al*, 2018). Dessa forma, a comunidade científica e os médicos desenvolverão um sistema mais humano, que torna a medicina mais individualizada e o paciente o centro da atenção.

Desse modo, a integração da perspectiva de gênero nos currículos médicos provou ser de grande valor para enfrentar as desigualdades em saúde, criadas pelo preconceito de gênero (LEGROS-LEFEUVRE *et al*, 2019). Por isso, com esse trabalho, buscou-se encorajar e despertar novas pesquisas voltadas para a área da medicina de sexo e gênero, além de motivar as universidades

médicas brasileiras a procurarem incluir no currículo de seus alunos uma medicina mais humana, que leve em consideração o sexo e o gênero do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arellano M., Pozdniakova S., Christiansen C., *et al.* Sex, Hormones and Macrophage Activation in Cardiovascular Disease. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. Gender and the Genome Volume 3: 7.

Civitelli S., D'Amico R., Porcelli B., *et al.* Integrating a Gender Perspective into Core Curriculum of Medical Students. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. Gender and the Genome Volume 3: 13-14.

Civitelli S., Viviani A. Global Health and Gender Education: A Multidisciplinary Approach. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. Gender and the Genome Volume 3: 12-13.

Donington J.S., Colson Y.L. "Sex and Gender Differences in Non-Small Cell Lung Cancer," *Semin Thorac Cardiovasc Surg*, 2011; 23: 137-45.

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www3.fm.usp.br/fmusp/portal/>. Acesso em: 07/10/2020.

Fairweather D. Sex Differences in Myocarditis and DCM: A Personalized Medicine Approach for Men and Women. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. Gender and the Genome Volume 3: 8.

Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos da América. Disponível em: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-approves-new-label-changes-and-dosing-zolpidem-products-and>. Acesso em: 24/10/2020

Held C. Sex and Gender in Myocardial Infarction. Summary of the Symposium of Sex and Gender in Physiology and

Hiltner S., Oertelt-Prigione S. Sex and Gender Representations of Myocardial Infarction in German Medical Books. Gender and the Genome Volume 1, Number 2, 2017.

Jarman A., Mumma B., Perman S., *et al.* When the Female Heart Stops: Sex and Gender Differences in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Epidemiology and Resuscitation. *Clinical Therapeutics* Volume 41, Number 6, 2019.

Jenkins M. The Science of Sex and Gender in Human Health: State of the Art. Summary of the Symposium of Sex and Gender in Physiology and Pharmacology Held at the Royal Swedish Academy of Sciences in Stockholm, October 2018 Gender and the Genome 2019 Vol. 3: 14-17.

Johnson J.L., Greaves L., Repta R. Better science with sex and gender: facilitating the use of sex and gender-based analysis in health research. *Int J Equity Heal* 2009; 8:14.

Johnson P., Fitzgerald T., Salganicoff A., *et al.* Sex-Specific Medical Research: Why Women's Health Can't Wait. A Report of the Mary Horrigan Connors Center for Women's Health & Gender Biology at Brigham and Women's Hospital. 2014. Pag 12, 16.

Karlsson Lind L. Janusmed Sex and Gender - A Knowledge Bank on Medical Drugs. Summary of the Symposium of Sex and Gender in Physiology and Pharmacology Held at the Royal Swedish Academy of Sciences in Stockholm, October 2018. Gender and the Genome, 2019 Vol. 3: 1-4.

Katai M., Kitawaki J., Ko S., *et al.* Development of AI Diagnostic Navigation System (WaiSE) for Women's Medical Care Assistance. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. Gender and the Genome Volume 3: 7-

Klimek P. Sex and Gender in Complex Systems. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. Gender and the Genome Volume 3: 21.

Landen M. Sex and Gender in Psychiatry. Summary of the Symposium of Sex and Gender in Physiology and Pharmacology Held at the Royal Swedish Academy of Sciences in Stockholm, October 2018. Gender and the Genome 2019 Vol. 3: 10-13.

Legros-Lefevre A., Schluter V., Schwarz J., *et al.* Gender Integration in the Pregraduate Medical Curricula: A Swiss Perspective. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. Gender and the Genome Volume 3: 13.

Levy G., Solt I. The Human Microbiome and Gender Medicine. *Gender and the Genome* 2018, Vol. 2(4) 123-127.

Lynn Cornelison T., Austin Clayton J. Considering Sex as a Biological Variable in Biomedical Research. *Gender and the Genome*, Volume 1, Number 2, 2017.

Madsen T., Bourjeily G., Hasnain M., *et al.* Sex- and Gender-Based Medicine: The Need for Precise Terminology. *Gender and the Genome*, Volume 1, Number 3, 2017.

Maguire P. Prioritising Sex and Gender Equity in Health in Europe. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. *Gender and the Genome* Volume 3: 1-2.

Mary Ann Liebert, Inc. Publishers. Disponível em:
<https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/152460901300233902>. Acesso em 10/09/2020.

McGregor A. Sex and Gender Differences in Cardiovascular Resuscitation, Recovery, and Survival. *Clinical Therapeutics* Volume 41, Number 6, 2019.

McGregor A. The Effects of Sex and Gender on Pharmacologic Toxicity: Implications for Clinical Therapy. *Clinical Therapeutics* Volume 39, Number 1, 2017.

McGregor A. The Impact Sex Differences Research Can Have on Women's Health. *Clinical Therapeutics* Volume 38, Number 2, 2016.

National Institutes of Health, Office of Research on Woman's Health. Disponível em: <https://orwh.od.nih.gov/sex-gender/sexgender-influences-health-and-disease/how-sexgender-influence-health-disease-z>. Acesso em: 10/09/2020.

Nochioka K., Sakata Y., Shimokawa H. Sex Differences in the Management of Heart Failure. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. *Gender and the Genome* Volume 3: 6.

Numerical ecology validates a biogeographical distribution and gender-based effect on mucosa-associated bacteria along the human colon; de Carcer, D.A. *et al*; *ISME JOURNAL*, Volume: 5, ed: 5, pag: 801-809, 2011, Inglaterra.

Oertelt-Prigione S., Hiltner S., Jenner S., *et al.* Why so Slow? Content and Context in Gender Medicine. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. *Gender and the Genome* Volume 3: 3.

Pharmacology Held at the Royal Swedish Academy of Sciences in Stockholm, October 2018. *Gender and the Genome* 2019 Vol. 3: 7-8.

Reidy H. Gender on the agenda. *Nature* 2010; 23:20.

Sage Journals. Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/action/doSearch?filterOption=thisJournal&SeriesKey=gnga&AllField=zolpidem>.
Acesso em: 03/09/2020.

Schenck-Gustafsson K. Arrhythmias in Women and Men. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. *Gender and the Genome* Volume 3: 23.

Schenck-Gustafsson k. Sex and Gender in Clinical Medicine. Summary of the Symposium of Sex and Gender in Physiology and Pharmacology Held at the Royal Swedish Academy of Sciences in Stockholm, October 2018. *Gender and the Genome* 2019 Vol. 3: 5-7.

Sex and Gender Specific Health. Disponível em: <https://www.sexandgenderhealth.org/video-library.html>. Acesso em: 03/09/2020

Shimokawa H. Sex and Gender in Cardiovascular Medicine. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. *Gender and the Genome* Volume 3: 4.

Stiller C. Sex and Gender in Analgesic Drugs. Summary of the Symposium of Sex and Gender in Physiology and Pharmacology Held at the Royal Swedish Academy of Sciences in Stockholm, October 2018. *Gender and the Genome* 2019 Vol. 3: 4-5.

Editora Pasteur
SAÚDE DA MULHER

Taylor J., Makarem N, Shimbo D., *et al.* Gender Differences in Associations Between Stress and Cardiovascular Risk Factors and Outcomes. *Gender and the Genome* 2018, Vol. 2(4) 111-122.

UNICAMP Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/>. Acesso em: 07/10/2020.

Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br>. Acesso: 05/10/2020.

Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/sao/camaragrad/cursos/225-medicinainicio>. Acesso em: 08/10/2020

Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: <https://ccs.ufes.br/medicina-0>. Acesso em: 05/10/2020.

Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/medicina/>. Acesso em: 08/10/2020.

Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <http://medicina.uff.br>. Acesso em: 08/10/2020.

Wimmer-Puchinger B., Gaiswinkler S. Focusing on Women's Health: Policies That Work? Experiences From an Austrian Initiative. 9th Congress of the International Society of Gender Medicine. *Gender and the Genome* Volume 3:2.

41

REVISÃO INTEGRATIVA: SAÚDE DA MULHER E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

FILIAÇÃO

- ¹ Professora Voluntária do Departamento de educação em Saúde da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Colaboradora da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ² Discente do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ³ Discente do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁴ Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁵ Discente do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁶ Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁷ Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁸ Discente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal De Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁹ Discente do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.

AUTORES

IANE BRITO LEAL¹
GILMARA FONTES DA SILVA⁸
KARINE ARAUJO TRINDADE⁸
MARIA JÚLIA OLIVEIRA RAMOS⁴
LETÍCIA CATARINA DIAS SANTOS⁴
PAULA REGINA FONTES DOS SANTOS⁹
GIOVANNA BITENCOURT DOS SANTOS ANDRADE⁵
CLARA EVILA ALVES DE OLIVEIRA⁵
GERMAYNE FRANCISCO SILVA⁵
SILVIA SAYONARA SILVEIRA CAMPOS⁶
LANIA INÊS CORREIA CUNHA⁷
MILLENA SANTOS ROMÃO⁷
MARIA SANDRIELLY DE SANTANA SILVA SANTOS²
PÂMELA RESENDE SANTOS³

Palavras-chave: Citopatológico; Mulher; Nordeste.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher afeta os domínios psicológicos, sociais e físicos das vítimas, gerando consequências no contexto individual e coletivo. Diante disso, é importante tratar da temática como problema de saúde pública. Assim, se faz importante uma análise por meio do

cuidado ao lidar com essas vítimas, a fim de proporcionar um atendimento mais efetivo, multidisciplinar e humanizado (PROVECHO *et al.*, 2018)

Por isto, diante da necessidade de desenvolver os conhecimentos a respeito dessa temática, o objetivo deste estudo foi apresentar as atualizações existentes na literatura a respeito da saúde da mulher vítima de violência doméstica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO. A pergunta norteadora foi elaborada com base na estratégia “PICO” (População: mulheres vítimas de violência doméstica; Interesse: atualizações das evidências da literatura; e Contexto: abordagem da promoção de saúde da mulher) e resultou em “Quais as atualizações existentes na literatura quanto a abordagem da saúde da mulher vítima de violência doméstica?”. A estratégia de busca foi realizada com os seguintes descritores em português e operadores booleanos, “Violência contra a mulher” AND “Saúde da mulher” AND “Brasil”. Foram incluídos todos os artigos disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol, realizados em território brasileiro e que respondiam à questão norteadora. Foram excluídas teses e monografias, trabalhos que abordavam sobre vítimas menores de idade e àqueles que não tinham texto completo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 181 artigos na BVS e 56 artigos na SciELO. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 60 artigos. A predominância foi na língua portuguesa (n= 50; 83,3%) e a maioria foi publicada nos anos de 2015 (n=20; 33,3%) e 2017 (n=20; 33,3%).

Diante das temáticas abordadas, foi possível classificar os trabalhos em cinco categorias. Na Tabela 1, é possível visualizar os achados.

Tabela 1. Categorização temática dos artigos selecionados

Temática	Nº de trabalhos	%
A importância do apoio profissional e a atuação no atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica.	26	43,3
Caracterização do perfil sociodemográfico desse grupo de mulheres e do padrão da violência.	10	16,67
Correlação dos dados sociodemográficos com o padrão de violência e a busca por atendimento	5	8,33
Correlação dos dados sociodemográficos ou perspectivas com consequências físicas e psicoemocionais	14	23,33
Violências domésticas contra gestantes e repercussões na gravidez	5	8,33

A temática predominante foi a importância do apoio profissional e a atuação no atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica (n=26; 43,3%). A Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) preconiza que no sistema de saúde existam ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação no cenário de cuidado à mulher por meio do conjunto de princípios e diretrizes com objetivos gerais a promoção da saúde em sua integralidade (BRASIL, 2004).

A temática “Correlação dos dados sociodemográficos ou perspectivas com consequências físicas e psicoemocionais” representou 14 dos trabalhos publicados (23,3%). Dentre os problemas de saúde feminina brasileira, a mortalidade está destacada. Contudo, condições psicológicas, reprodutivas e sociais corroboram para esses desfechos e não são diretamente quantificadas ou qualificadas nas pesquisas de saúde. A violência doméstica é uma problemática que não afeta somente o âmbito da saúde, mas também o do direito constitucional, o social e da educação. O impacto das consequências atinge a mulher e o agressor, quando denunciado, e toda a estrutura social que tem o dever e o poder de prestar suporte e mudar a realidade (GARCIA *et al.*, 2020).

Mulheres que sofrem com situações de violência doméstica enfrentam a assimetria entre oferta e demanda de assistência, constrangimentos e desrespeito nas unidades de saúde, superficialidade no atendimento e falta de capacitação profissional para lidar com o assunto (COELHO & FRANCO, 2009; DE VASCONCELOS *et al.*, 2017).

As temáticas menos abordadas foram “Correlação dos dados sociodemográficos com o padrão de violência e a busca por atendimento” e “Violências domésticas contra gestantes e repercussões na gravidez” (n=5; 8,3%). O atendimento e condução do processo de apoio às vítimas deve envolver o conhecimento por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais contextualizada ao processo saúde-doença e aos ambientes de vida e de trabalho dessas mulheres, de forma a concretizar o seu direito pleno à saúde e fazer cumprir o garantido por lei (MASCARENHAS *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

As temáticas enfatizam a importância do conhecimento sobre violência doméstica e aspectos legais e apoio e atendimento profissional para as vítimas. Logo, espera-se que mais estudos contribuam para a sensibilização de profissionais, acadêmicos da área da saúde e demais indivíduos sobre a necessidade de abordar a promoção da saúde das mulheres, o que gera maior visibilidade à problemática, a fim de modificar a realidade evidenciada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COELHO, S. & FRANCO, Y.P. Saúde da mulher. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3904.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2020.

DE VASCONCELOS, M.F.F. *et al.* Saúde da Mulher: o que é poderia ser diferente? Revista de Sociologia e Política, v. 17, p. 327, 2017.

GARCIA, P.T. *et al.* Saúde da mulher geral. São Luís: UNASUS/UFMA, 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7850/1/Provab-2012.1_Modulo11_Introducao.pdf>. Acesso em 21 ago. 2020.

MASCARENHAS, C.H.M. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. Ciência Saúde & Coletiva. v. 18, p. 1375, 2013.

PROVECHO, A.B.A. *et al.* Partner violence against women and specialized care health professionals. Anales de Psicología, v. 34, p. 349, 2018.

42

CARCINOGENESE MAMÁRIA: POSSÍVEL RELAÇÃO COM O VÍRUS DO TUMOR MAMÁRIO DE CAMUNDONGO (MMTV)

FILIAÇÃO

¹ Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) – Campus Ribeirão Preto.

² Docente do curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

AUTORES

GUILHERME GUIMARÃES LEAL¹
HELEN FIGUEIREDO FUMAGALLI²

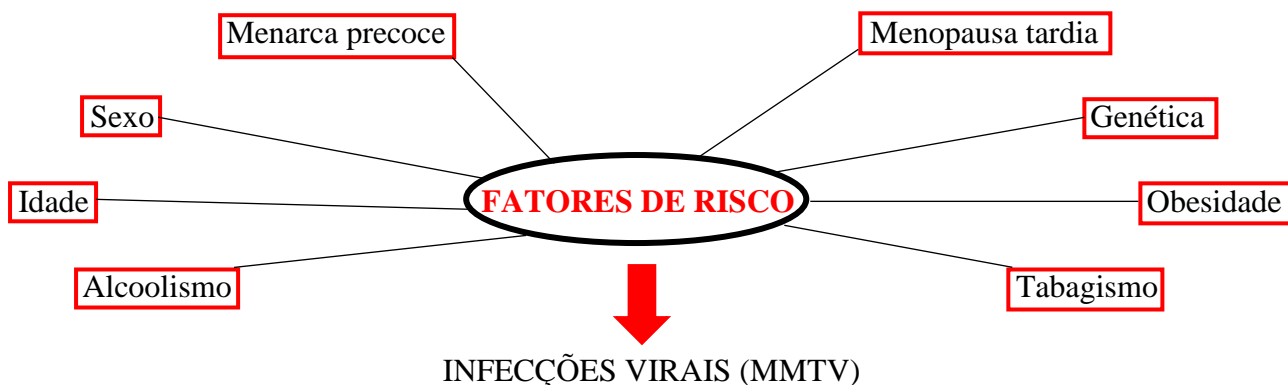
Palavras-chave: infecções virais; MMTV; carcinogênese mamária.

INTRODUÇÃO

Embora desconhecidas as causas perduráveis para a patogênese do câncer (CA) de mama, variáveis como sexo feminino, dieta (obesidade), alterações hormonais, predisposição genética, idade (mulheres acima de 50 anos), consumo de álcool, tabagismo, menarca precoce (menor que 12 anos) e menopausa tardia (após os 55 anos) atuam como fatores de risco.

Entretanto, tais aspectos não são irrestritos, uma vez que evidências recentes demonstraram que alguns vírus agem como indutores desse carcinoma (Figura 1), dentre estes: vírus Epstein-Barr (EBV), vírus do papiloma humano (HPV), vírus do tumor mamário de camundongo (MMTV) e vírus da leucemia bovina (BLV).

Figura 1. Fatores de risco atuantes na carcinogênese mamária



Fonte: Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Neste contexto, o MMTV, conhecido por causar CA de mama em camundongos, tem chamado a atenção de alguns grupos de pesquisadores, uma vez que sequências de seu genoma também têm sido isoladas de amostras de tecido de CA de mama em humanos, corroborando com a teoria da origem viral de alguns casos. A partícula pertence à família *Retroviridae*, e ao gênero *lentivirus*.

Assim, a identificação da sequência do MMTV – retrovírus tipo B, que também pode causar CA de mama em camundongos, pela mutagênese por inserção – tem suportado a teoria da origem viral no câncer de mama.

Os objetivos deste estudo foram:

1. Alertar sobre o CA de mama e seus fatores de risco já estabelecidos, uma vez que se trata de uma patologia multifatorial, mas sem causalidade propriamente dita. Deste modo, explorar essas causas permite um diagnóstico carcinogênico precoce, com melhores resultados;
2. Realizar uma revisão bibliográfica sobre a possível relação de infecções virais, desencadeadas pelo vírus MMTV na etiologia do CA de mama, pensando também na progressão e no desfecho dessa patogenia;
3. Dar suporte a ações preventivas a partir da etiologia do CA de mama induzido por um agente viral;
4. Desenvolvimento de alvos terapêuticos alternativos, tendo em vista os atuais tratamentos onerosos.

MÉTODOS

As buscas foram realizadas em três bases de dados bibliográficas – PubMed, LILACS e SciELO. A partir dessas plataformas, foi realizada uma revisão sistematizada, sendo utilizados os artigos científicos dos últimos cinco anos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

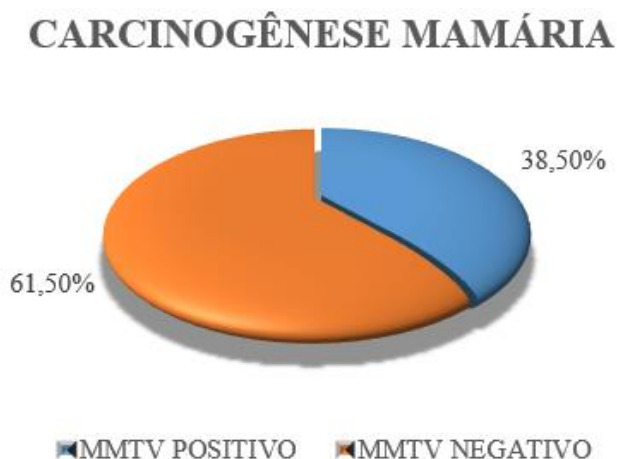
Geralmente, técnicas moleculares pré-definidas foram avaliadas:

1. Reação em Cadeia da Polimerase (PCR): amplificação do ácido nucleico viral pela reação em cadeia da polimerase, exemplificando-se em:
 - 1.1. Transformação do RNA em DNA viral, pela Transcriptase Reversa;
 - 1.2. DNA viral é ampliado pela enzima Polimerase;
 - 1.3. Observação do genoma viral na amostra pré-coletada;
2. Técnicas de hibridização: utilizada posteriormente, pois apesar da técnica de PCR ser de alta sensibilidade para identificação de infecções de baixo nível, a proporção de ácido nucleico viral em células hospedeiras infectadas é muito pequena, podendo obter resultados inconsistentes (falsos-negativos), mesmo com a ampliação do genoma viral. Assim, a técnica de hibridização, a qual utiliza uma sonda para detecção do sequenciamento de nucleotídeos específicos, é utilizada para confirmação do resultado obtido na PCR.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presença do MMTV no CA de mama foi constatado em uma meta-análise realizada por Wang *et al.* (1995) na qual foram identificados 38,5% dos casos de carcinoma invasivo primário da mama (121 dos 314 investigados) (Gráfico 1). Posteriormente, Narthey *et al.* (2017) identificaram sequências de DNA de MMTV em 36% das amostras de tumor de mama humano e 24% de tecido mamário não canceroso.

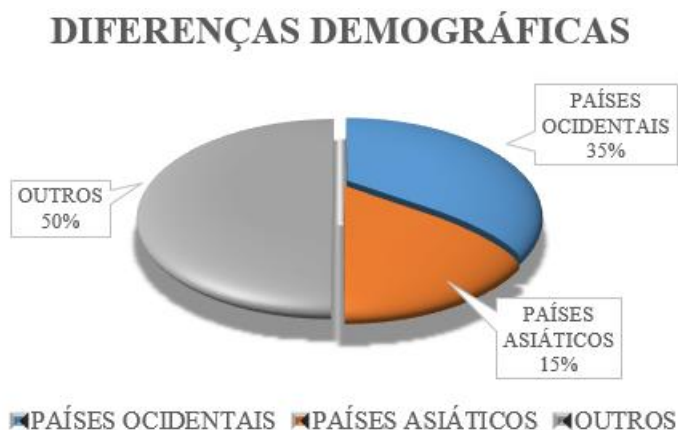
Gráfico 1. Prevalência do vírus MMTV na carcinogênese mamária



Fonte: adaptado de WANG *et al.*, 1995.

Nesse cenário, em camundongos a transmissão do vírus pode ocorrer através do leite materno, ou os filhotes podem herdar o vírus diretamente da mãe. No entanto, em humanos, apesar de não se saber ao certo a via de transmissão, a infecção pelo MMTV é aparentemente adquirida de uma espécie de camundongo, *Mus domesticus*. Dessa forma, observa-se maior prevalência da infecção viral em áreas geográficas com acentuada exposição a essa espécie de rato doméstico, principalmente em países ocidentais (30-40%) e asiáticos (10-20%) – Stewart *et al.* (2000) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Diferenças geográficas no desenvolvimento da carcinogênese mamária induzida pelo vírus MMTV



Fonte: adaptado de STEWART *et al.*, 2000.

A célula humana hospedeira, uma vez que não apresentam oncogenes, desenvolve sua capacidade oncogênica indiretamente, por mutagênese insercional. Assim, durante a replicação, há integração do DNA proviral no genoma alvo, próximo a um ou mais dos proto-oncogenes (Wnt-1, FgF e Notch), o que resulta na ativação dos oncogenes envolvidos e na expressão desregulada de fatores de crescimento celular nas células infectadas.

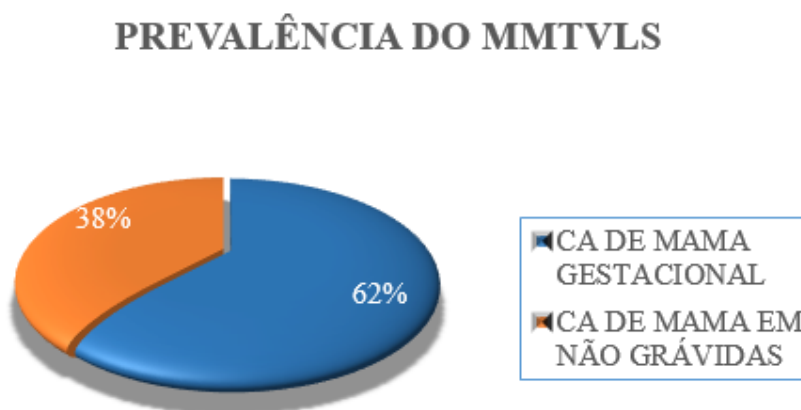
Nesse cenário, é válido ressaltar que os genes da célula hospedeira tornam-se oncogênicos pela inclusão de bases nitrogenadas virais em seu genoma, o que desencadeia a continuidade do ciclo celular, mesmo sem estímulo evidente.

Concomitante, por ser um retrovírus, pode aumentar a expressão de membros do cluster oncogênico miRNA da célula hospedeira infectada, em especial mi-17-92. Dessa forma, essas pequenas moléculas de RNA (RNA de interferência, não codificantes) agem como silenciadores pós-transcricionais, pareando-se com ácidos nucleicos específicos e, conseqüentemente, regulando sua estabilidade e atividade traducional.

Além disso, foi proposto que proteínas do envelope do vírus do MMTV (gp 36 e gp 52) também estariam envolvidas na tumorigênese, na medida em que induziriam a transformação de células mamárias em neoplásicas (capacidade dos beta retrovírus em transformarem diretamente as células).

Ademais, tendo em vista que o CA de mama pode ser um tumor hormônio-dependente, diversos estudos têm sido desenvolvidos a fim de determinar a influência dos estrogênios e de outros hormônios na ação do MMTV. Tal fato baseia-se na prevalência de partículas retrovirais semelhantes ao MMTV (MMTVLS) em mulheres com CA de mama gestacional (CA que ocorre durante a gravidez ou 12 meses após o parto) ser muito maior (62%), em comparação com o CA de mama em mulheres não grávidas (30-38%) – Hernández *et al.* (2016) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Influência hormonal na carcinogênese mamária induzida pelo agente viral MMTV, com base na prevalência de partículas retrovirais semelhantes ao MMTV (MMTVLS) em duas situações: câncer de mama gestacional e câncer de mama em mulheres não grávidas



Fonte: adaptado de HERNÁNDEZ *et al.*, 2016

Outras estatísticas

A Tabela 1 demonstra a maior prevalência da carcinogênese mamária induzida pelo vírus do tumor mamário de camundongo (média de 31,6%), quando comparada a ocasião em que o achado do vírus foi positivo, mas não induzindo a carcinogênese (média de 7,15%). Tal estudo foi publicado por

Lawson *et al.* (2018), os quais analisaram os resultados obtidos de 16 estudos de casos-controle, baseados em técnicas de PCR e/ou hibridização *in situ*. Sendo que, foi analisada a prevalência obtida no carcinoma em um estágio mais avançado (invasivo), enquanto que o carcinoma ductal *in situ* foi também levado em consideração, mas somente quando não induzido pelo vírus MMTV.

Tabela 1. Identificação de sequências de MMTV em câncer de mama e comparação de espécimes de mama não cancerosos

	MMTV Positivo/Carcinogênese	MMTV positivo/Não carcinogênese
	121/314 (38,5%)	2/107 (2%)
	27/73 (37%)	0/35 (0%)
	32/106 (30%)	1/106 (1%)
	23/74 (31%)	1/10 (10%)
	14/26 (54%)	2/111 (2%)
	45/144 (31%)	0/20 (0%)
	13/43 (30%)	1/8 (12.5%)
	0/18 (0%)	0/11 (0%)
	17/122 (14%)	0/122 (0%)
	7/20 (35%)	0/20 (0%)
	39/50 (78%)	13/40 (33%)
	24/57 (42%)	6/18 (33%)
	57/458 (12%)	72/458 (16%)
	12/100 (12%)	0/100 (0%)
	83/250 (29%)	0/15 (0%)
	19/59 (32%)	3/59 (5%)
MÉDIA	31,6%	7,15%

Fonte: adaptado de LAWSON *et al.*, 2018.

CONCLUSÃO

Apesar da ação viral no desenvolvimento de CA de mama ainda ser um tema controverso, a revisão demonstrou ser plausível a influência do vírus MMTV no desenvolvimento da carcinogênese mamária, a qual foi evidenciada pela prevalência significativamente maior em tecidos de CA de mama em comparação com tecidos de controle benignos ou normais. Além disso, tais evidências apresentaram variáveis geográficas, que vão ao encontro da maior ou menor exposição da espécie de camundongo *Mus domesticus*, transmissor do vírus MMTV.

Dessa forma, estabelece-se um alvo antigênico em potencial, com a possibilidade de desenvolvimento de abordagens preventivas para uma doença tão complexa e heterogênea, a fim de que comorbidades sejam evitadas e o bem-estar do paciente seja preservado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HERNÁNDEZ, M.L.A.R. *et al.* Infecciones virales, posible factor de riesgo en cáncer de mama. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, v. 42, p. 412, 2016.

LAWSON, J.S. *et al.* Oncogenic viruses and breast cancer: mouse mammary tumor virus (mmtv), bovine leukemia virus (blv), human papilloma virus (hpv), and epstein-barr virus (ebv). Frontiers in Oncology, v. 8, 2018.

NARTEY, T. *et al.* Mouse mammary tumor-like virus (MMTV) is present in human breast tissue before development of virally associated breast cancer. Infect Agent Cancer 12:1, 2017. [PubMed: 28053656]. Apud LEHRER, S. *et al.*, 2019.

STEWART, T.H.M. *et al.* Breast cancer incidence highest in the range of one species of house mouse, *Mus domesticus*. Br J Cancer (2000) 82:446–51. Apud LAWSON, J.S. *et al.*, 2018.

WANG, Y. *et al.* Detection of mammary tumor virus env gene-like sequences in human breast cancer. Cancer Research, v. 55, p. 5173, 1995. Apud LAWSON, J.S. *et al.*, 2018.

43

O PLANO DE PARTO COMO INSTRUMENTO DE EMPODERAMENTO DA GESTANTE

FILIAÇÃO

¹ Discente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA.

² Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.

AUTORES

HELOISE GABRIELA DIAS BARBOSA¹
LUCAS RICHARTZ SANTANA¹
PATRÍCIA BOECHAT GOMES²

Palavras-chave: Plano de Parto, Parto Humanizado, Empoderamento Feminino.

INTRODUÇÃO

O processo gestacional e de parturição vem historicamente sofrendo modificações importantes no que diz respeito à assistência prestada à mulher. No passado, a assistência era essencialmente provida por mulheres determinadas socialmente como parteiras, que eram responsáveis pelo atendimento e suporte às gestantes, sobretudo no momento do parto que ocorria em ambiente domiciliar e intimista, cercado por familiares e valores pessoais (MEDEIROS *et al.*, 2019).

Gradativamente, os avanços tecnológicos da área da saúde e as mudanças culturais do conceito da boa assistência – pautadas pela busca incessante de controle de complicações e riscos materno-fetais – levaram, por volta da segunda metade do século XX, esse momento para o ambiente hospitalar, cirúrgico e medicalizado (SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015). Nessa abordagem, inúmeros procedimentos foram protocolizados e, dessa forma, realizados muitas vezes até sem a comprovação científica de vantagens ou minimização de danos à mulher, tal como as episiotomias sistemáticas, aminiotomias precoces, tricotomia, uso de enemas, indução de parto, entre outros (HIDALGO-LOPEZOSA *et al.*, 2017; MEDEIROS *et al.*, 2019).

Em 1980, nos Estados Unidos, exatamente nesse cenário em que a gestação e partos passaram a ser administrados como patologias que demandam intenso aparato médico-tecnológico, Sheila Kitzinger cunhou o conceito do Plano de Parto (AHMADPOUR *et al.*, 2020; BERG *et al.*, 2003; SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015; MEDEIROS, *et al.*, 2019).

O Plano de Parto consiste em um documento escrito, de caráter legal, em que a gestante pode apresentar suas preferências para procedimentos e passos de seu processo de parturição. A construção desse documento deve ser feita conjuntamente com a equipe de saúde, que é responsável

por fornecer todas as informações relacionadas à gestação, parto e recursos disponíveis. Pautado nessas informações, nos valores e expectativas pessoais da gestante, o documento é confeccionado.

Assim, o Plano de Parto tem a função de orientar as equipes de saúde para a prestação de uma assistência que respeite as preferências e expectativas dessa mulher em consonância ao princípio bioético da autonomia, oferecendo a ela o controle sobre seu parto (ANDERSON *et al.*, 2017; BERG. *et al.*, 2003; HIDALGO-LOPEZOSA *et al.*, 2017; SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015; MEDEIROS *et al.*, 2019).

O objetivo do presente estudo foi analisar a aplicabilidade do Plano de Parto como um instrumento de empoderamento da gestante.

MÉTODO

Este estudo foi elaborado a partir de uma revisão sistemática da literatura das bases de dados PubMed, Medline e SciELO no período entre 17 e 23 de setembro de 2020. As palavras-chave utilizadas foram “Birth plan” e “Pregnancy” e suas respectivas variações obtidas através do Medical Subject Headings Section (MeSH), originando a frase de pesquisa: “(Parturitions OR Birth OR Births OR “Child birth” OR “Childbirths”) AND “Birth plan” AND (Pregnancies OR Gestation)”. Inicialmente foram encontrados 29 artigos, aos quais foram aplicados a sistematização do estudo.

Foram adotados como critérios de inclusão a) Estudos publicados em até 20 anos; b) Estudos com o objetivo central relacionado à utilização do Plano de Parto; c) Estudos com apresentação de resultados do emprego do plano de parto. Como critérios de exclusão adotou-se: a) estudos de revisão simples; b) estudos sem descrição detalhada dos métodos; c) estudos com resultados inconclusivos e/ou interrompidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura da íntegra dos estudos encontrados e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados seis estudos diretamente relacionados com o tema para a confecção dessa revisão sistemática. Os estudos selecionados foram sistematizados em uma tabela (Tabela 1), a fim de otimizar a visualização e comparação de seus principais resultados.

Tabela 1. Estudos selecionados e suas características

<i>Estudo e ano de publicação</i>	<i>Tipologia do estudo</i>	<i>Nº do Estudo</i>	<i>Principais resultados</i>
Ahmadpour <i>et al.</i> , 2020	Ensaio clínico randomizado controlado	106	“A participação das mães no processo de tomada de decisão desempenha um papel significativo no gerenciamento do estresse e apoio materno.”
Anderson <i>et al.</i> , 2017	Coorte	81	93% das pacientes não exigiram amadurecimento cervical antes do parto, 78% das pacientes receberam uma epidural em trabalho de parto, 75% tiveram um parto vaginal espontâneo. Em relação às complicações, 5% tiveram infecção intramniótica, 1% dos neonatos demandaram atendimento em unidade de terapia intensiva neonatal, 6% apresentaram hemorragia puerperal e 1% apresentou retenção de placenta necessitando de curetagem. 84% das pacientes afirmaram que usariam o plano de parto em uma nova gestação. “Comunicação, confiança e satisfação foram avaliados antes e após o parto [...] As pontuações para todos os três fatores aumentaram significativamente após o parto.”

Berg <i>et al.</i> , 2003	Ensaio clínico randomizado controlado	271	Os resultados ressaltaram sobretudo a diferença de aceitação e eficácia do Plano de Parto quando aplicado a mulheres com gestações classificadas como alto risco, evidenciando que esse perfil de gestante é significativamente mais vulnerável. “O aumento da atenção às mulheres de alto risco e de atividades, como o planejamento do parto, que aumentem sua consciência de possíveis ocorrências podem aumentar os sentimentos negativos das mulheres.”
Hidalgo-Lopezosa <i>et al.</i> , 2017	Coorte	178	O estudo aponta significativa diferença entre o grupo de mulheres que não cumpriram adequadamente o Plano de Parto (cumprimento menor ou igual a 50%), com o grupo de mulheres que cumpriram mais de 75% das etapas previstas para confecção e seguimento do Plano de Parto: o primeiro grupo apresentou índice de cesarianas de 18,8% e seus neonatos apresentaram piores desempenhos no teste de Apgar e pH do cordão. Já no segundo, a porcentagem de cesáreas foi de 6,1% e seus filhos apresentaram melhores resultados em ambos os testes. “O plano de parto pode ser uma ferramenta eficaz para obter melhores resultados para a mãe e seu filho. São necessárias medidas para melhorar seu cumprimento.”
Suárez-Cortés <i>et al.</i> , 2015	Coorte quantitativa transversal	9303	O estudo identificou diferenças significativas entre o grupo de mulheres com uso do Plano de Parto e o grupo de mulheres sem a adoção do Plano de Parto em sete variáveis: 1)“Contato pele a pele”, 60,41% para o primeiro grupo, contra 27,4% do segundo; 2)“Eleição da posição de dilatação e parto”, a porcentagem total foi de 62,5% contra 48,1%, respectivamente; 3)“Uso de enema”, 10,4 % contra 6,8%; 4)“Ingestão de alimentos ou líquidos” 42% contra 33%; 5)“Partos normais”: 81,66% contra 73,8%; 6)“Clampeamento tardio do cordão” 78,3% contra 63,1%; 7) “depilação do períneo” 12% contra 16,6%, respectivamente; “O Plano de Parto influencia positivamente o processo de parto e sua finalização
Medeiros <i>et al.</i> , 2019	Revisão narrativa	13	O estudo aponta que o Plano de Parto é capaz de promover um parto mais natural e fisiológico, propiciando uma melhor comunicação entre a gestante e a equipe de saúde, maior consciência feminina acerca dos processos envolvidos em seu parto, maior sensação de controle, autonomia e protagonismo, culminando em melhores resultados obstétricos e neonatais. “A construção do Plano de Parto no pré-natal influencia positivamente o processo de parturição e os desfechos materno- fetais.”

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Repercussões Obstétricas com o emprego do Plano de Parto

A revisão dos estudos selecionados convergiu para a identificação de uma menor incidência de procedimentos invasivos nos partos em que houve adoção do Plano de Parto. Dentre eles, destacam-se a redução do índice do parto cirúrgico, da amniotomia precoce e da lavagem intestinal. Notou-se maior incidência do clampeamento tardio do cordão umbilical, maior autonomia para a escolha da posição de dilatação e parto, maior ocorrência do contato pele a pele imediato entre mãe e neonato, além de uma melhor avaliação pediátrica do bebê, com melhores índices no teste de APGAR e melhores resultados da avaliação do pH do cordão umbilical (ANDERSON *et al.*, 2017; HIDALGO-LOPEZOSA *et al.*, 2017; SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015; MEDEIROS *et al.* 2019). Conseqüentemente, têm-se uma redução estatística de complicações intra e pós parto, como as infecções puerperais e necessidade de suporte intensivo ao neonato.

Repercussões no empoderamento da Gestante

Os estudos apontaram a melhor comunicação da gestante com a equipe de saúde por intermédio do Plano de Parto. A premissa da construção do documento, que parte do fornecimento de todas as informações acerca desse momento da equipe de saúde para a gestante proporciona à ela a dimensão de tudo o que pode ou não acontecer, fornecendo o embasamento necessário para a minimização de seus medos e inseguranças e para sua tomada de decisão autônoma. A partir dessas informações, sobretudo entre as primeiras, seus temores passam a ser reavaliados com a superfície da realidade envolvida no parto, proporcionando uma maior segurança e um melhor preparo dessa mulher para a vivência desse momento.

Observa-se ainda o aumento na satisfação com o atendimento recebido por parte da gestante, uma vez que o serviço de saúde oferece a ela a oportunidade de expressar seus anseios e valores pessoais. Dessa forma, entrega-se à gestante o seu direito de opinião, proposições e escolhas, respeitando sua autonomia e consequentemente emponderando-a.

Limitações do Plano de Parto

Todos os estudos selecionados apontam como cerne da questão da ampla implementação do Plano de Parto o desafio de se obter uma equipe e estrutura adequada, para a correta construção do documento. Deve-se dispor de profissionais qualificados, capazes de construir uma boa relação e comunicação com a gestante, para fornecer informações corretas sobre suas possibilidades dentro do que se dispõe estruturalmente e que é adequado para a segurança do parto. (AHMADPOUR *et al.*, 2020; ANDERSON *et al.*, 2017; BERG *et al.*, 2003; HIDALGO-LOPEZOSA *et al.*, 2017; SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015; MEDEIROS *et al.*, 2019).

É de extrema importância a conscientização da gestante acerca do fato de que o Plano de Parto funciona como norteador das condutas da equipe de saúde, e que dentro das possibilidades será cumprido em sua essência, mas que diante de imprevisibilidades inerentes à parturição, que coloquem em risco a vida materna e/ou fetal, a equipe de saúde priorizará a segurança e as condutas baseadas em evidências científicas que apresentem melhores chances de proporcionar um melhor desfecho para a situação. A adequada orientação para a construção do documento precisa, ainda, prever a conscientização da gestante em relação às suas expectativas inatingíveis que não devem constar em seu plano, uma vez que diversos estudos apontaram essa situação como gatilho de frustrações e conflitos da mulher com a equipe de saúde. Parte dos profissionais de saúde ainda se mantem resistentes à ampla adoção do Plano de Parto justamente pelo temor de que o instrumento culmine na perda de autonomia profissional diante de circunstâncias imprevisíveis, inatingíveis e das dificuldades de infraestrutura.

Repercussões da adoção do Plano de Parto em gestações de alto risco

O estudo de Berg *et al.* (2003) apresentou uma abordagem do emprego do plano de parto com um grupo de gestantes de alto risco. Especificamente nesse grupo, foi notado que o fornecimento das informações inerentes ao processo de parto ressaltava os grandes riscos já existentes pela condição especial da gestante e com isso gerou impactos negativos em seu uso, repercutindo com sentimentos negativos da mulher em relação à sua condição e à equipe de saúde.

CONCLUSÃO

O Plano de Parto de maneira global demonstra-se como uma ferramenta eficaz na oferta de uma experiência de parto com menos intervenções médicas e maior autonomia da gestante. A partir do momento que a mulher ganha voz e o direito de expressar suas vontades pautadas em informações objetivas e concretas da equipe de saúde, mas também em suas crenças, desejos e expectativas pessoais, o Plano de Parto propicia inquestionavelmente seu empoderamento e considerável controle sobre seu momento singular de parto.

O instrumento se mostra capaz de aprimorar o aspecto psicoemocional da parturição através do conteúdo informativo oferecido à mulher sobre os fatores envolvidos em seu parto, propiciando maior participação, confiança e preparo feminino. Dessa forma, o Plano de Parto demonstra-se como um recurso potencializador dos cuidados obstétricos humanizados, com menores intervenções e riscos inerentes a elas.

No entanto, o Plano de Parto deve ser entendido e consolidado como um instrumento dinâmico, que priorizará sempre as escolhas da gestante mas que, diante das imprevisibilidades do parto e riscos à ela e ao seu bebê, deverá ser subjugado ao que apontam as evidências científicas que norteiam as condutas dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMADPOUR, P. *et al.* Evaluation of the birth plan implementation: A parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, v. 17, p. 138, 2020.

ANDERSON, C.M. *et al.* Patient communication, satisfaction, and trust before and after use of a standardized birth plan. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health: A Journal of Asia Pacific Medicine & Public Health*, v. 76, p. 305, 2017.

BERG, M. *et al.* Childbirth experience in women at high risk: Is it Improved by use of a birth plan? *The Journal of Perinatal Education*, v. 12, p. 1, 2003.

HIDALGO-LOPEZOSA, P. *et al.* A. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, p. 1, 2017.

MEDEIROS, R.M.K. *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, p. 1, 2019.

SUÁREZ-CORTÉS, M. *et al.* Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 1, p. 1, 2015.

44

ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DE ÚTERO EM MULHERES NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

FILIAÇÃO

- ¹ Professora Voluntária do Departamento de educação em Saúde da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Colaboradora da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ² Acadêmica do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ³ Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁴ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁵ Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁶ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁷ Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁸ Acadêmica do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal De Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.
- ⁹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto e Integrante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Saúde da Mulher.

AUTORES

IANE BRITO LEAL¹
MARIA SANDRIELLY DE SANTANA SILVA SANTOS²
PÂMELA RESENDE SANTOS³
LETÍCIA CATARINA DIAS SANTOS⁴
MARIA JÚLIA OLIVEIRA RAMOS⁴
CLARA EVILA ALVES DE OLIVEIRA⁵
GERMAYNE FRANCISCO SILVA⁵
GIOVANNA BITENCOURT DOS SANTOS ANDRADE⁵
SILVIA SAYONARA SILVEIRA CAMPOS⁶
LANIA INÊS CORREIA CUNHA⁷
MILLENA SANTOS ROMÃO⁷
GILMARA FONTES DA SILVA⁸
KARINE ARAUJO TRINDADE⁸
PAULA REGINA FONTES DOS SANTOS⁹

Palavras-chave: Citopatológico; Mulher; Nordeste.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero é causado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento deste mesmo órgão, podendo, assim, originar um tumor maligno (BRASIL, 2013). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2019), esta neoplasia trata-se do segundo tipo de câncer mais

frequente em mulheres na região Nordeste do Brasil, com taxa de 20,47 casos para cada 100 mil habitantes e o terceiro tipo de câncer que mais leva a óbito. O Papilomavírus Humano (HPV) é frequentemente diagnosticado em mulheres que residem na região, logo, a problemática é considerada uma grande preocupação para a saúde pública, especialmente em regiões menos desenvolvidas.

O método para rastreamento das lesões intraepiteliais, as quais precedem o câncer de colo de útero, é a citopatologia. Para diagnóstico da neoplasia, o exame histopatológico é considerado padrão-ouro, pois permite a classificação do tipo e o grau histológico e pode embasar o tratamento (FERNANDES *et al.*, 2009). Dessa maneira, nota-se que realizar o exame preventivo é fundamental para a realização de um tratamento precoce e pode contribuir para abrandar tamanha incidência. O objetivo desse estudo foi descrever os exames citopatológicos de colo do útero, realizados na região Nordeste do Brasil, entre 2015 e 2019.

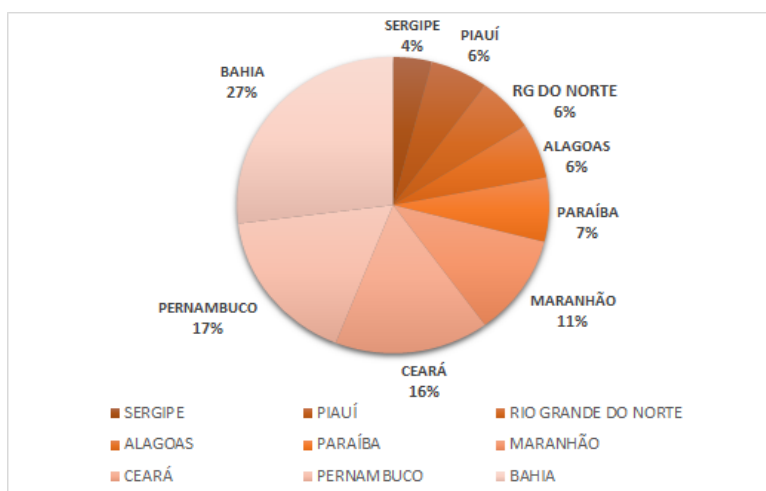
MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal do tipo descritivo com levantamento de dados secundários na plataforma DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), no programa TABNET (BRASIL, 2008). A coleta dos dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2020 e incluiu todos os estados da região Nordeste do Brasil. Foram quantificados os números, ano e local de registros dos exames citopatológicos do colo de útero, adicionalmente, foram quantificados o número de mulheres em idade reprodutiva, residentes em cada estado do Nordeste brasileiro no ano de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2015, o quantitativo de mulheres em idade reprodutiva, residentes em cada estado do Nordeste, foram de: Sergipe, 1.576.217; Piauí, 2.214.762; Rio Grande do Norte, 2.430.658; Alagoas, 2.270.550; Paraíba, 2.758.374; Maranhão, 4.514.774; Ceará, 6.223.860; Pernambuco, 6.559.959 e Bahia, 10.756.483, como ilustrado na Figura 1.

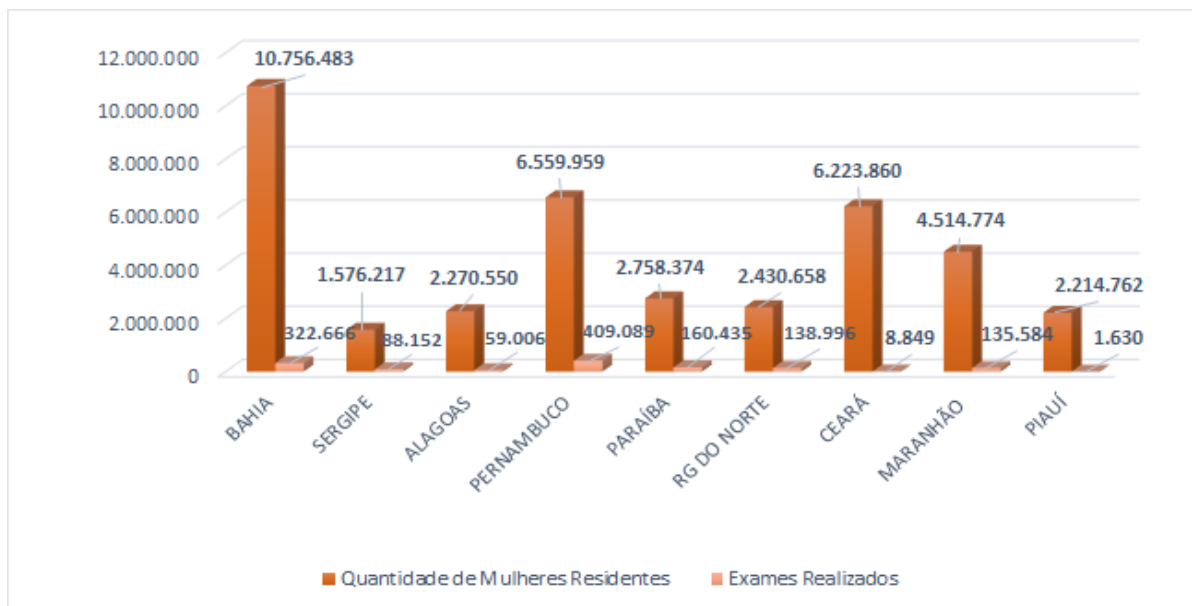
Figura 1. Dados da população feminina em idade reprodutiva nos estados do Nordeste brasileiro, ano de 2015



Fonte: LEAL, 2020.

Na Figura 2, apesar do estado da Bahia representar maior quantitativo de exames citopatológicos realizados, estatisticamente o estado de Pernambuco se destacou, correspondendo a 30,88% (n= 409.089) de todos os exames realizados no ano de 2015.

Figura 2. Quantidade de mulheres residentes em cada estado do Nordeste e quantidade de exames citopatológicos realizados no ano de 2015



Fonte: LEAL, 2020.

O estado de Pernambuco possui o Programa de Controle de Câncer de Colo de Útero, que tem o objetivo de diminuir a incidência de casos de câncer de colo de útero, e o Programa de Assistência à Mulher em Situação de Violência visa reduzir a desigualdade de acesso à saúde das mulheres em situação de violência, aumentando a eficiência das redes de atenção às vítimas (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2020).

O estado da Bahia, realizou exames 26,41% (n=10.756.483) (Figura 2) exames citopatológicos em 2015. Na capital baiana, Salvador, existe o Acompanhamento Integral à Saúde da Mulher que visa o planejamento familiar, acompanhamento pré-natal e prevenção do câncer de colo de útero (PREFEITURA DE MUNICIPAL DE SALVADOR, 2020), ao passo que o governo do estado possui o programa Março Mulheres, que visa a realização de uma série de atividades especiais para as mulheres baianas, durante todo o mês de março (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DA BAHIA, 2018).

Com menores quantitativos de exames citopatológicos realizados, o estado do Piauí obteve 1,84% (2.214.762), apesar de apresentar o programa Amigo do Peito, que visa levar o serviço para o mais próximo da população (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ, 2016), e a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, que busca a prevenção da mortalidade materna por hemorragia no pós-parto (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ, 2020).

Quanto aos demais estados, o Rio Grande do Norte possui dois programas principais de atenção à mulher: o Programa Pró-Mulher, que visa contribuir para a promoção de saúde e qualificação de recursos humanos no campo da saúde da mulher (FREIRE, 2020), e o Programa

Mulher 365, que tem a intenção de atingir o público que não consegue buscar atendimento durante os horários da semana, incluindo exames preventivos (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE NATAL, 2018).

No estado da Paraíba, existe o atendimento às vítimas de violência sexual (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DA PARAÍBA, 2020) e o projeto voluntário de inserção do DIU em mulheres (VALENTIM, 2020).

O estado de Alagoas possui dois programas: a Rede Cegonha, que promove o planejamento de uma gravidez segura e os processos de parto e puerpério humanizados, e o Atendimento Integral à Saúde da Mulher, que garante o atendimento integral em qualquer fase da vida (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DE ALAGOAS, 2020).

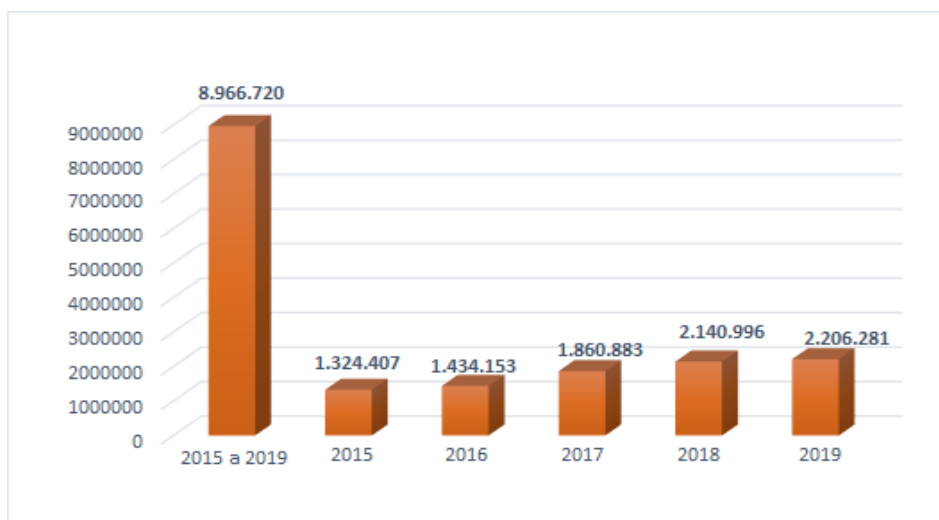
Os programas Mulher Maranhense (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2015) e Saúde da Mulher Rural (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2019) visam a melhora das condições de vida e saúde integral das mulheres.

No estado do Ceará, o programa Nascer no Ceará realiza atividades de elaboração e implantação de protocolos de atenção à saúde das gestantes, além da oferta de exames específicos (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO CEARÁ, 2015).

No estado de Sergipe, existem o programa Bem Mulher, que é voltado para o desenvolvimento de estratégias para reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo de útero e mama. O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher oferta gratuitamente desde a consulta especializada até o diagnóstico com exames específicos, contemplando a população com serviços de qualidade e agilidade nos resultados (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DE SERGIPE, 2018).

Entre 2015 e 2019 foram realizados 8.966.720 exames citopatológicos. Destes, 14,77% (n=1.324.407) pertencem ao ano de 2015, 16,01% (n=1.434.153) de 2016, 20,75% (n=1.860.883) de 2017, 23,87% (n=2.140.996) de 2018 e 24,60% (n=2.206.281) pertencem ao ano de 2019, como ilustrado na Figura 3.

Figura 3. Número de exames citopatológicos realizados entre 2015 e 2019 na região Nordeste do Brasil



Fonte: LEAL, 2020.

O sistema de saúde brasileiro amplia as atividades nas unidades básicas relacionadas à mulher com maior incentivo e divulgação à realização do exame, como os diversos Programas de Atenção à Saúde da Mulher. Os estados do Nordeste brasileiro podem apresentar programas eficientes quanto ao cuidado à saúde da mulher. Houve um aumento de quase 50% comparando o ano de 2015 (n=1.324.407) com o ano de 2019 (n=2.206.281) na realização dos exames citopatológicos.

Ao comparar os números de mulheres em idade reprodutiva que residem em cada estado do Nordeste no ano de 2015 (Figura 1) e o número de exames realizados nesse mesmo ano (Figura 3), é possível observar que a quantidade de exames feitos é muito inferior ao número de mulheres em idade reprodutiva. As barreiras ainda existentes, como a dificuldade ao acesso à saúde, a falta de conhecimento sobre os exames e questões ginecológicas, podem influenciar na redução da quantidade de exames.

A importância desses programas é principalmente por criar uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia e enfatizar a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social. Assim, as mulheres passaram a conquistar independência pessoal e procurar o autoconhecimento e autocuidado.

CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu identificar que o número de mulheres que fizeram o exame citopatológico cresceu de forma considerável e gradativa ao longo dos anos analisados e que ações de campanha, programas estaduais de atenção integral à saúde da mulher, projetos de educação em saúde e sexual, juntamente com o acesso ampliado à informação, são possíveis contribuintes para esse resultado positivo. Desse modo, para que o número de exames realizados possa chegar ao maior número de mulheres, se faz necessário que esses programas já implementados continuem de forma ativa e com uma divulgação mais ampliada, como também a ideia desses programas possa ser compartilhados entre os estados circunvizinhos para a realização daqueles que trouxeram bons resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações em Saúde (TABNET), 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

FERNANDES, J.V. *et al.* Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 851, 2009.

FREIRE, I. Programa de extensão Pró-Mulher orienta sobre a importância do Pré-Natal: A importância do Pré-natal. Mossoró/RN: Portal da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, 30 jul. 2020. Disponível em: <https://portal.uern.br/blog/programa-de-extensao-pro-mulher-orienta-sobre-a-importancia-do-pre-natal/> Acesso em: 29 out. 2020.

INCA. Instituto Nacional Do Câncer. Estimativa 2020. Incidência de câncer no Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/regiao/nordeste> Acesso em: 13 nov. 2020.

PREFEITURA DE MUNICIPAL DE SALVADOR. Acompanhamento Integral à Saúde Da Mulher. Secretaria Municipal da Saúde. 2020. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/servicos/servicos-para-o-cidadao/atencao-a-saude/#popupid-20> Acesso em: 13 nov. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DA BAHIA. Março Mulheres. 2018. Disponível em: <http://www.mulheres.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=39> Acesso em: 13 nov. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DA PARAÍBA. Rede de Atenção às Mulheres em situação de violência doméstica e sexual (Reamcav). Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana. 2020. Disponível em: <https://paraibaonline.com.br/2020/10/medica-explica-que-isea-dispoe-de-atendimento-a-vitimas-de-violencia-sexual/> Acesso em: 13 nov. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DE ALAGOAS. Atendimento Integral à Saúde da Mulher. Rede Cegonha. 2020. Disponível em: <http://cidadao.saude.al.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/> Acesso em: 12 nov. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DE SERGIPE. 2018. Disponível em: <https://www.saude.se.gov.br/bem-mulher/> Acesso em: 13 nov. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO CEARÁ. Nascer no Ceará. 2015. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/nascer-no-ceara/> Acesso em: 13 nov. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO MARANHÃO. Programa Mulher Maranhense. Secretaria da Mulher. 2015. Disponível em: <https://mulher.ma.gov.br/programa-mulher-maranhense-leva-aco-es-ao-interior-do-estado/> Acesso em: 13 nov. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO MARANHÃO. Promoção Social Para a Saúde Preventiva. Senar. 2019. Disponível em: <http://senar-ma.org.br/saude-preventiva/> Acesso em: 13 nov. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ. Oficina de Prevenção e Manejo Obstétrico da Hemorragia. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/7036> Acesso em: 13 nov. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ. Programa Amigos do Peito. 2016. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/d8cnv2> Acesso em: 12 nov. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Secretaria-Executiva de Atenção à Saúde: Gerência de Atenção à Saúde da Mulher. 2020. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/saude-da-mulher> Acesso em: 13 nov. 2020

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE NATAL. “O cuidar passa por todas as estações”, na rede SUS/Natal, no contexto da atenção integral à saúde da mulher e da estratégia de saúde da família, e dá outras providências. Lei nº 6795 de 13 de abril de 2018. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2019/09/12/nove-unidades-de-saude-abrem-para-atendimento-as-mulheres-neste-sabado-em-natal.ghtml> Acesso em: 12 nov. 2020.

VALENTIM, Felipe. Médicas de Campina Grande iniciam projeto voluntário de inserção de DIU em mulheres. João Pessoa/PB, 6 ago. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2020/08/06/medicas-de-campina-grande-iniciam-projeto-voluntario-de-insercao-do-diu-em-mulheres.ghtml> Acesso em: 13 nov. 2020.

45

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: HISTÓRIA, ALTERAÇÕES METABÓLICAS DO DIABETES NA GESTAÇÃO E CONSENSO ATUAL DE CONDUTAS E RECOMENDAÇÕES

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estácio de Sá – UNESA, RJ.

² Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estácio de Sá – UNESA, RJ.

AUTORES

BEATRIZ CRISTINA NUNES DA SILVA¹
JANAÍNA KELLY DA SILVA DE SOUZA¹
HELAINÉ MARIA DA SILVA OLIVEIRA²
ILMA MARQUES FERNANDES²

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Gravidez; Diabetes

INTRODUÇÃO

Atualmente há uma grande preocupação entre os pesquisadores e profissionais de saúde em relação ao incremento de casos de diabetes na população mundial, entre outras doenças crônico-degenerativas, devido principalmente ao atual estilo de vida e da ocorrência de obesidade, como fatores predisponentes ao diabetes, entre outros. Ao pensar em mulheres em idade fértil e que por conseguinte engravidarão, a atenção necessariamente recai na possibilidade destas mulheres apresentarem diagnóstico de diabetes Mellitus (DM) ou desenvolverem diabetes Mellitus Gestacional (DMG) em uma ou mais gestações.

Em 2019, a Federação Internacional de diabetes (International Diabetes Federation, IDF, 2017) estimou que 8,8% da população mundial com idade entre 20 e 79 anos (424,9 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Nesta projeção, foi estimado que se esta tendência de incremento persistir, até 2045, o número de pessoas com diabetes atingirá cerca de 628,6 milhões de indivíduos, principalmente nos países em desenvolvimento (79% dos casos). Países em desenvolvimento em decorrência de serem compostos por uma população mais jovem, apresentam, via de regra, um maior número de mulheres no período reprodutivo. Este aumento de casos impacta diretamente na capacidade dos sistemas de saúde em atender aos indivíduos, recrutando maiores recursos financeiros e necessidade de capacitação dos profissionais.

O Brasil atualmente, segundo a IDF (2019), ocupa a quarta posição em relação ao número de pessoas acometidas pelo diabetes no mundo e a projeção para 2045 é que continuará entre os primeiros, ocupando estimativamente a quinta colocação. Em relação ao DMG, tema deste capítulo, foi observado que sua incidência tem aumentado, concomitantemente ao DM tipo 2 e da obesidade na população em geral (SBD, 2019).

O DMG é conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma intolerância aos carboidratos, de gravidade variável, detectado no momento da gestação e que não vem a preencher os critérios de diagnóstico de DM já em curso (SBD, 2019).

O objetivo deste capítulo é trazer a discussão sobre a assistência à mulher com DMG ou que tenha diagnóstico de DM na gestação, de acordo com as diretrizes mais recentes (MS-Ministério da Saúde; OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde; Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO e Sociedade Brasileira de diabetes (SBD), que estão em consonância com as Sociedades Internacionais (IDF, Endocrine Society e Associação Norte-Americana de diabetes – ADA).

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica onde buscou-se apresentar um panorama do que vem sendo proposto acerca da assistência à gestantes acometidas por Diabetes Mellitus (DM) ou Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) baseado nos protocolos mais recentes acerca do tema.

A revisão bibliográfica ou pesquisa bibliográfica segundo CERVO (1996): “procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Pode ser realizada de forma independente ou como parte de uma pesquisa descritiva ou experimental”.

Neste capítulo foram utilizadas como fonte de pesquisa livros de referência em Obstetrícia para caracterizar os conceitos e a fisiopatologia do DM e DMG, bem como artigos científicos publicados a respeito do assunto. Ainda trouxemos as publicações da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e das Sociedades Internacionais que serviram de base à Sociedade Brasileira de Diabetes constituindo as diretrizes nacionais mais atualizadas dos anos de 2019 e 2020.

A construção do capítulo foi pensada para que pudéssemos discutir o caminhar das descobertas sobre diabetes e sua fisiopatologia para então apresentar o que é recomendado como modelo assistencial para as gestantes com esta intercorrência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Contexto histórico do diabetes

Ao contextualizarmos historicamente a identificação do diabetes é interessante mencionar o Papiro Ebers, descoberto pelo alemão Georg Ebers em 1872, no Egito, no qual mencionava uma doença que se caracterizava por emissão frequente e abundante de urina, sugerindo até alguns tratamentos à base de frutos e plantas. Esta descoberta nos permite depreender que o diabetes não é uma patologia apenas da sociedade contemporânea. Já o termo diabetes foi criado na Grécia Antiga, no século II d.C., atribuído a Araeteus, discípulo de Hipócrates. Este termo significa literalmente “passar através de um sifão”, em referência à poliúria ocasionada (TSCHIEDEL, 2020).

A descoberta da fisiologia do pâncreas e de sua função endócrina foi fundamental, pelos estudos de Oskar Minkowski e Joseph Von Mering em 1889 (TSCHIEDEL, 2020), para a identificação posterior da insulina (isolada em 1921) e o desenvolvimento da terapia insulínica, melhorando a sobrevida dos diabéticos e contribuindo para a fertilidade das mulheres diabéticas, visto que antes da terapia insulínica eram raras as mulheres que conseguiam engravidar e manter a gestação. Elliot Joslin (1898/1917) refere que, ao assistir 1.300 mulheres diabéticas, observou

somente 10 gestações. Além da infertilidade/esterilidade, o óbito materno atingia 30% das pacientes e o óbito perinatal 60% segundo afirmou Williams, em 1909 (NEME, 1994).

Nesta referência também é registrado que somente a partir de 1970, que se têm registros de melhor prognóstico materno e perinatal, decorrente do conhecimento acerca do metabolismo materno durante a gestação e do avanço da terapêutica medicamentosa.

Alterações metabólicas da gravidez normal e diabética

As alterações metabólicas na gravidez são próprias para permitir o necessário aporte de nutrientes para o feto, principalmente nos períodos iniciais e ao fim da gestação, para o desenvolvimento adequado do concepto e o devido aporte de energia ao corpo materno exigido duplamente (NEME, 1994).

A glicose e os aminoácidos essenciais passam ao feto através da placenta por difusão facilitada através dos transportadores GLUT-1, 2, 3, 4 e 5, sendo o GLUT-1 o principal. Já os ácidos graxos livres (AGL) e os triglicerídeos teriam drenagem limitada, não passando pela barreira placentária (NEME, 1994).

No início da gestação as demandas por energia do feto ainda são pequenas, entretanto, o organismo materno inicia a reserva de glicose através do aumento do tecido gorduroso e da produção de glicogênio hepático, como fonte de aminoácidos e glicose ao feto, ocorrendo também uma produção maior de insulina, o que determina níveis glicêmicos mais baixos. Esta fase é considerada a fase anabólica da gestação (NEME, 1994; REIS *et al.*, 2019).

A partir da segunda metade da gestação, as necessidades nutricionais e metabólicas para o crescimento e desenvolvimento fetal se elevam, exigindo do organismo materno maior aporte de glicose e nutrientes. Para isto, observa-se uma maior resistência periférica à ação da insulina, uma redução dos depósitos de glicogênio hepático (glicogenólise), maior produção hepática de glicose e maior disponibilidade de aminoácidos e gordura. Este mecanismo é a fase catabólica da gestação, correspondendo ao último trimestre de gravidez. Neste período que os níveis de hiperglicemia, intolerância à glicose e resistência insulínica são verificados, dá-se o diagnóstico de DMG (REIS, 2019).

Neste sentido a gravidez em si é considerada um estado diabetogênico. Bergman, em 1989, citado por Monaci e Lar (NEME, 1994), descreve a gravidez “como a condição fisiológica mais severa de resistência à insulina”. A crescente diminuição da sensibilidade à insulina (resistência insulínica) leva ao aumento da produção da mesma, que leva à maior resistência, sendo este ciclo o gatilho para a ocorrência de DMG (FREITAS, 2017).

Este mecanismo é mediado pelos hormônios gestacionais. O estrogênio e a progesterona, aumentados no início da gestação principalmente, aumentam a resposta insulínica à sobrecarga da glicose. A progesterona sendo a maior responsável. O cortisol, por sua vez, aumentado em 2,5 vezes na gestação, favorece a resistência à insulina, conforme descreveu Catalano em 1996 (FREITAS, 2017). Este e o Hormônio Lactogênio Placentário (HPL) têm suas concentrações bem aumentadas no último trimestre de gravidez. O HPL tem ação anti-insulínica e lipolítica, que leva à disponibilização AGL (CHAVES NETTO, 2015).

A resposta insulínica pós-prandial se torna três a quatro vezes maior durante a 36ª semana de gestação, com queda maior que 50% da sensibilidade à insulina, se comparado à valores anteriores à gravidez. No 3º trimestre, os níveis de insulina em mulheres não diabéticas é 30% maior

que fora da gravidez. Além da resistência insulínica, que predispõe ao DMG e o torna maior, as portadoras apresentam associação de redução de função das células beta-pancreáticas. A produção da glicose é maior e a utilização desta pela periferia é menor (CHAVES NETTO, 2015).

Reis e colaboradores, referidos por Ribas *et al.* (2015), estudaram as alterações moleculares que precediam a remodelação do tecido adiposo em mulheres não obesas saudáveis nas fases pré-gravídicas, no início e no final da gestação e observaram um aumento da massa adiposa e igual aumento no tamanho e número de adipócitos ao final da gravidez. As alterações moleculares, segundo os autores, afetaram respostas imunes, angiogênese, remodelação da matriz e biossíntese lipídica. Estas observações sugerem que este padrão inflamatório fisiológico precede o desenvolvimento da resistência insulínica. Ribas *et al.* (2015) referindo também Sugulle, infere que o DMG é fator predisponente para o desenvolvimento permanente de DM tipo 2 (RIBAS, 2015).

O DMG também está associado ao aumento na produção de radicais livres e diminuição dos sistemas fisiológicos de defesa antioxidante, levando ao estresse oxidativo, com disfunções proteicas e lipídicas de forma similar às disfunções cardiovasculares (RIBAS, 2015).

Um estudo recente de pesquisadores chineses, publicado na Medline, mostrou que no DMG há um aumento do risco neonatal para infecções devido à presença de citocinas inflamatórias como interleucinas 6 e 8, entre outros que foram medidas tanto no plasma materno das grávidas quanto na artéria umbilical através de espectrofotometria ultravioleta, comprovando repercussões tanto maternas quanto fetais e neonatais (LI *et al.*, 2020).

Fatores de risco, rastreamento e diagnóstico do diabetes gestacional

O organismo materno tende a sofrer alterações no período gestacional, ampliando os riscos de patologias crônicas para o binômio mãe-bebê. Portanto, é necessário avaliar as queixas dessas mulheres para propor a terapêutica adequada em gestantes com DMG, incluindo as intervenções aplicadas na gestação, no pós-parto e durante a vida da dupla mãe-filho (OPAS, 2019).

O diagnóstico do DMG geralmente ocorre entre o segundo e terceiro trimestre gestacional, podendo ser transitório ou persistente após o parto, caracterizando-se como significativo fator de risco para predisposição e desenvolvimento futuro de DM2 (SBD, 2019).

No período gestacional, a DMG pode desencadear complicações secundárias, trazendo efeitos adversos para a saúde da gestante, do concepto e o neonato, apresentando como fatores de risco a idade materna avançada; sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual, deposição central excessiva de gordura corporal, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual (OPAS; SBD, 2019). Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, parto prematuro, macrosomia ou DMG, hipoglicemia neonatal, internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, síndrome de ovários policísticos, baixa estatura materna (inferior a 1,50 m), hemoglobina glicada $\geq 5,9\%$ no primeiro trimestre, postergação da iniciação da amamentação, toco-traumatismo para mãe e para o feto e indicação para o parto cesárea, também são como fatores de risco para DMG (OPAS; SBD, 2019).

Como medida de rastreamento, recomenda-se a verificação da glicose com finalidade de reduzir desfechos gestacionais negativos, ampliando as possibilidades de partos onde os recém-nascidos apresentem idade gestacional a termo, com crescimento proporcional e sem distúrbios respiratórios e metabólicos após o parto. O controle da glicemia adequado durante a gestação

minimiza a prevalência de complicações neonatais imediatas, reduzindo a classificação de risco para o parto (OPAS, 2019).

Apesar de não haver um consenso entre as sociedades médicas internacionais, em 2017, sobre a estratégia de rastreamento e diagnóstico do DMG com melhor eficácia, a Sociedade Brasileira de diabetes (SBD) junto a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e com o Ministério da Saúde do Brasil delinearão uma proposição conjunta de padronização do rastreamento e diagnóstico do DMG no Brasil (SBD, 2019).

Para que o pacto atendesse aos critérios de padronização, foram realizados ajustes de alguns pontos consideráveis:

- Fatores clínicos de risco: foram utilizados como forma de rastrear as gestantes propensas a testagem diagnóstica para DMG, não sendo ideal por demonstrar baixa sensibilidade.
- Diagnóstico universal: contemplando todas as gestantes o acesso ao diagnóstico de DMG.
- Viabilidade financeira e disponibilidade técnica do teste proposto: a metodologia diagnóstica deve ser excelente dentro das necessidades da região.
- Teste com melhor sensibilidade/especificidade: o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), com 75 g de açúcar, é o mais adequado e que se enquadra neste requisito para o diagnóstico de DMG. Apresenta dosagens em jejum, uma e duas horas após e com os valores recomendados pela International Association of the diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) e referendados pela OMS 2013.

O rastreamento de DMG deve ser realizado em todas as gestantes com ausência de diagnóstico prévio de diabetes e os fatores associados presentes, com elevado risco de hiperglicemia na gestação não deve ser empregados como medidas de rastreamento desta patologia (SBDM, 2019). São consideradas gestantes com DM preexistentes quando apresentam diagnóstico fechado no primeiro trimestre da gestação (critérios diagnósticos de DM em não gestantes), apresentando elevados riscos de malformações fetais e neonatais e outras complicações no período gravídico-puerperal (SBDM, 2019).

As recomendações para o rastreamento e diagnóstico de DMG e DM na gestação, segundo as instituições referenciadas no assunto, a IADPSG, a OMS e a SBD, deverão iniciar na primeira consulta do pré natal por meio de uma avaliação quanto à presença de DM prévio, não diagnosticado e francamente manifesto. (SBDM, 2019).

Esta avaliação ocorrerá através da solicitação da glicemia de jejum e que tem por finalidade a detecção de DM preexistentes, podendo ser constatada em qualquer fase da gestação. A diferenciação dos diagnósticos é de extrema importância para traçar a melhor conduta e os desfechos materno-infantil. Recomenda-se que os testes apresentem os respectivos valores (SBD, 2019):

Para o diagnóstico de DM

- Glicemia em jejum seja ≥ 126 mg/dL;
- Duas horas após sobrecarga com 75 g de glicose ≥ 200 mg/dL;
- HbA1c $\geq 6,5\%$;
- Glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL na presença de sintomatologia.

Na ausência de sintomatologia, a confirmação do diagnóstico será por meio de uma nova repetição dos exames alterados, mediante a segunda dosagem da glicemia de jejum.

Para o diagnóstico de DMG

- Glicemia de jejum seja ≥ 92 mg/dL / < 95 mg/dL;
- Glicemia uma hora após sobrecarga ≥ 180 mg/dL < 140 mg/dL;
- Glicemia duas horas após sobrecarga ≥ 153 mg/dL < 120 mg/dL.

Todas as gestantes com ausência de diagnóstico de DM ou DMG entre as 24^o e 28^o semanas, devem realizar o TOTG com 75 g de glicose, posteriormente ao jejum calórico de mínimo de oito horas (SBDM, 2019). Uma observação importante e que gera muitos vieses é a dieta antes da realização do exame de DMG e, com relação a esta pontuação, não há restrição de carboidratos na dieta precedente a três dias do exame (SBDM, 2019).

O diagnóstico precoce e adequado da DMG possibilita a redução das morbimortalidades perinatais e mobilidades maternas a curto e longo prazo. As gestantes diagnosticadas com DMG devem ser orientadas quanto ao tratamento e as repercussões perinatais, assim como medidas de promoção, prevenção e controle da glicemia. Como também esclarecer dúvidas é pactuarem as atribuições das pacientes e seus familiares ao aderirem ao tratamento, assim como o do profissional de saúde neste contexto (OPAS, 2019).

Essas graves repercussões direcionam para necessidade de aperfeiçoar a terapêutica do DMG e prevenir futuras complicações metabólicas graves, com o intuito de reduzir as morbimortalidades perinatais e mobilidades maternas a curto e longo prazo, assegurando a saúde materno-infantil e diminuindo a epidemia global de DM tipo 2 e obesidade (OPAS; SBDM, 2019).

As mulheres com obesidade e que utilizam a insulina com intuito de controlar a glicemia na gestação, estão predispostas a desenvolverem a DM tipo 2 futuramente. Portanto o aconselhamento deve ser feito primeiramente com medidas não farmacológicas, como a mudança de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas, além da realização do acompanhamento no pré-natal. Estas medidas simples reduzem os riscos de DM tipo 2 em gestantes de alto risco com prognósticos de DMG (OPAS, 2019).

A monitorização da glicêmica pelo glicosímetro é considerada a estratégia mais adequada para acompanhamento do controle glicêmico, deve suceder após diagnóstico do pré-natal, dando prosseguimento até o pós-parto, objetivando sua eficácia, a adesão à terapêutica e controle glicêmico recomendado adquirido (OPAS, 2019).

No pós-parto, é preconizado realizar TOTG seis semanas após o nascimento e se este estiver normal, deve-se realizar anualmente o teste da glicemia de jejum ou dosagem de hemoglobina glicada (HbA1C). Assim como esclarecer à paciente que o DMG, em situações futuras relacionadas ao aumento de resistência à insulina, poderá refletir no aumento da glicemia (SBDM, 2019).

Por fim, deve-se expor as informações à gestante, exemplificando a importância de manter peso adequado e seguir com a prática de atividade física regular, pois isto diminuirá o risco de que ela desenvolva DM tipo 2 no futuro.

Implicações do diabetes na gravidez para a gestante, feto e recém-nascido

Na gestação, o DMG tende a encaminhar para complicações para a saúde da gestante e de seu bebê, devido as adaptações do organismo materno na gestação que costumam acelerar os riscos, como distúrbios hipertensivos. A hipertensão propriamente dita, que é definida como uma elevação sustentada dos níveis de pressão arterial acima de 140×90 mmHg, é caracterizada pela na gestação pela pré-eclâmpsia, onde acontece o aumento da pressão arterial acompanhado de proteinúria, podendo ser leve ou grave, sendo que nos casos de pré-eclâmpsia grave a pressão sendo capaz de chegar a níveis acima de 160×110 mmHg, Síndrome Help, que consiste em hemólise das hemácias, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia e a eclâmpsia, que é a ocorrência de convulsões ou coma em uma paciente em pré-eclâmpsia sem origem neurológica ou febril sendo sua ocorrência muito comum no terceiro trimestre e 48 h pós-parto (BRASIL, 2010; 2020).

Devido à ocorrência do diabetes mellitus, intercorrências, além de distúrbios hipertensivos, também são discriminados, como a ocorrência de polidrâmnio, que é a ocorrência de líquido amniótico excessivo, estando associado a complicações maternas e fetais, como parto prematuro devido a ruptura prematura da bolsa de água, crescimento e desenvolvimento fetal excessivo, descolamento da placenta (BRASIL, 2010; OPAS, 2019), que em certos casos têm por consequência a necessidade da realização da cesárea. O DMG representa também um risco futuro para DM tipo 2, obesidade e distúrbios cardiovasculares tanto para a mãe como para o seu filho.

Um dos riscos onde mais se tem associação para a DMG é o crescimento fetal excessivo, tratado como grande para a idade gestacional. Os fetos com peso acima do percentil 90, costumam ocorrer porque a glicose, que cruza a placenta por mecanismo de difusão facilitada, passa em maior quantidade ao feto, trazendo como consequência a hiperglicemia e, por ter um pâncreas normal, também a hiperinsulinemia é desenvolvida, onde tal associação estimula o crescimento fetal e a glicose em excesso é armazenada como gordura no feto. Este mecanismo de resposta fisiológica fetal que o leva a macrossomia pode favorecer um risco para o momento do parto como uma distocia de ombro, que pode acarretar toco-traumatismos e indicação para intervenções cesarianas (OPAS, 2019).

A ocorrência de síndrome do desconforto respiratório também não é incomum em recém-nascidos de mães diagnosticadas com DMG. Tal síndrome se trata de uma decorrência clínica tratando-se da deficiência do surfactante alveolar, resultada da imaturidade estrutural dos pulmões. A hipoglicemia e a hiperbilirrubinemia também produzem tal consequência neste contexto, já que a hiperinsulinemia fetal parece também ser o fator etiológico do atraso na produção do surfactante pulmonar que leva ao aumento do desconforto respiratório (OPAS, 2019; BRASIL, 2010)

Controlar e acompanhar adequadamente a gestante e sua glicemia promove a redução dessas complicações gestacionais e neonatais imediatas.

Conduta assistencial para a gestante com diabetes, mudança no estilo de vida e modelos de consulta médica e de enfermagem

A conduta assistencial para a gestante com diabetes, está envolta em uma estratégia de cuidado não farmacológico e farmacológico. Estas práxis incluem mudança no estilo de vida, através de orientação nutricional adequada, prática de exercícios físicos e o uso de medicamentos, se necessário. A mesma inicia quando o profissional de saúde informa à paciente o diagnóstico de DMG. É relevante abordar com essa mulher e sua rede de apoio, a fim de construir junto dos

mesmos, um entendimento do que é DMG, das repercussões perinatais possíveis em consequência dos níveis aumentados de glicemia materna e que o controle da hiperglicemia pode evitar (OPAS, 2019). É necessário explicar sobre a importância do automonitoramento da glicemia capilar, várias vezes ao dia. A gestante será orientada a participar ativamente do controle da vitalidade fetal pela contagem de movimentos fetais diariamente (OPAS, 2019).

Mudança no estilo de vida

A mudança no estilo de vida é considerada a principal estratégia para a melhora da gestante com diabetes mellitus, seja ela gestacional ou diagnosticada na gravidez. O cuidado nutricional, é uma das partes mais laboriosas do tratamento, todavia tem sido salientada desde a sua descoberta, como importante arma para administrar a doença e prevenir demais complicações e deve ser construída de forma individual (SBDM, 2019).

Contudo, essa mudança não se refere somente a uma prescrição nutritiva, baseada em restrições de consumo de carboidratos e alimentos ricos em glicose, mas sim em um entendimento da gestante sobre seu corpo, seu estado atual e em como se ajudar nesse processo de mudança. Assim, ela poderá iniciar um movimento de diligência a partir da proposta nutricional feita, compreendendo a relevância disso para o cuidado do binômio (SBDM, 2019).

A avaliação de gestantes com diabetes com vistas para a questão nutricional se dá por meio de curvas que considerem idade gestacional, peso atual e estatura. Se tem como base o índice de massa corporal (IMC), a frequência e a intensidade de exercícios físicos. É necessário compreender os aspectos como cultura, regionalidade, composição de nutrientes, preparo de refeições e que seja incentivado o consumo de alimentos minimamente processados e *in natura* em vez de ultraprocessados (SBDM, 2019).

No Brasil, tendo em vista o Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, na qual é realizada boa parte dos pré-natais, o atendimento individual que valorize as questões psicossociais e culturais, atividades em grupos, oficinas que promovam a educação em saúde para mulheres com DMG é realizado pelos serviços multidisciplinares (enfermeiro, médico, educador físico, psicólogo, terapeuta ocupacional) (OPAS, 2019).

A alimentação da gestante com DMG deve ser distribuída em três pequenas refeições (lanche da manhã, merenda e lanche noturno) e três refeições maiores (desjejum, almoço e jantar). Recomenda-se dietas com 40 a 55% do valor energético total ou mínimo de 175 g de carboidratos/dia, 30 a 40% de lipídios e 15 a 20% de proteínas. A necessidade de vitaminas e minerais e o aporte de fibras assemelham-se ao recomendado para gestantes sem diabetes. Quando a mesma está em uso de insulina, pode-se estabelecer um lanche noturno com aproximadamente 25 g de carboidratos complexos, além de proteínas e/ou gorduras, para prevenir hipoglicemia durante a madrugada. Orientar também a ingestão de água filtrada, pelo menos dois litros (de seis a oito copos) por dia, no intervalo entre as refeições (OPAS; SBDM, 2019). Indica-se o uso de edulcorantes para a substituição da sacarose, contudo, seu uso não deve ultrapassar as quantidades máximas de seis sachês ou 15 gotas/dia. Esteviosídeo, sucralose, acesulfame-k e aspartame são alguns dos edulcorantes indicados (SBDM, 2019).

A prática regular de exercícios físicos causa sensação de bem-estar e auxilia no controle do peso, com redução da adiposidade fetal, melhora do controle glicêmico e diminuição de problemas durante o trabalho de parto. A atividade física também reduz a resistência à insulina, facilitando a

utilização periférica de glicose, com consequente melhora do controle glicêmico (OPAS; SBDM, 2019).

Pacientes que não tenham contraindicações para realizar exercícios devem fazê-los diariamente por pelo menos 30 minutos, de preferência após as refeições. Caminhada, natação, yoga, pilates, são alguns dos exercícios que podem ser sugeridos. Deve-se monitorar a glicemia capilar antes e depois dos exercícios mantendo-se boa hidratação (OPAS; SBDM, 2019).

Tratamento farmacológico

Em relação ao uso de antidiabéticos orais na gravidez, a metformina ultrapassa a barreira placentária, porém estudos realizados em animais não demonstraram risco fetal. No Brasil, o uso da mesma não é recomendado, sendo analisado individualmente, caso a gestante tenha problemas com o uso da insulina como falta de adesão da paciente, não acessibilidade à insulina ou dificuldade na autoadministração de insulina. A glibenclamida, bem como outros agentes orais, não é indicada no tratamento do diabetes (SBDM, 2019).

A insulina é a primeira escolha na terapêutica medicamentosa para controle glicêmico no período gestacional, devido à sua eficácia comprovada e a baixa passagem placentária. No tratamento do DMG, as insulinas mais utilizadas e de melhor disponibilidade são as insulinas humanas NPH (ação intermediária) e a Regular (ação rápida). Para monitorização da glicemia é recomendado que os níveis glicêmicos na gestante sejam: jejum ≥ 95 mg/dL, uma hora pós-prandial ≥ 140 mg/dL ou duas horas no pós-prandial ≥ 120 mg/dL (SBD, 2019).

As gestantes com ótimo controle metabólico e que não apresentam antecedentes obstétricos de morte perinatal, macrossomia ou complicações associadas, como hipertensão, podem aguardar a evolução espontânea para o parto até o termo. Não se indica cesariana em razão do DMG, sendo a via de parto uma decisão obstétrica (SBD, 2019).

No primeiro dia após o parto, os níveis de glicemia devem ser observados, suspendendo-se a insulina basal. Orienta-se também a manutenção de uma dieta saudável. A maioria das mulheres apresenta normalização das glicemias nos primeiros dias após o parto. Ainda, deve-se estimular o aleitamento materno que, além dos benefícios ao bebê, está associado à prevenção do diabetes tipo 2 em mulheres com histórico de DMG. Após seis semanas do parto, deve-se reavaliar essa mulher com TOTG ou glicemia de jejum para o fechamento de um diagnóstico de DM (OPAS; SBD, 2019).

A adoção de políticas públicas que venham a incentivar melhores hábitos alimentares, mudanças na produção e comercialização, rotulagem de alimentos e bebidas não alcoólicas ricas em açúcares é de extrema importância para a sociedade (OMS, 2015).

Modelos de Consulta de Enfermagem e Médica

A consulta de enfermagem na DMG pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e é composta pelo histórico, exame físico, diagnóstico das necessidades de cuidado, planejamento da assistência, implementação da assistência e a avaliação do processo de cuidado. Ressalta-se que essa assistência possa abarcar os objetivos da educação em saúde e, com isso, oferecer um cuidado holístico para as gestantes com diabéticas (BRASIL, 2013b).

A consulta médica na DMG busca identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde através da história da pessoa, realizar exame físico e avaliação laboratorial, perceber se a terapêutica de mudança no estilo de vida está sendo eficaz e, caso não esteja, ajustar os níveis glicêmicos a partir da prescrição de insulina NPH e Regular (BRASIL, 2013).

Planejamento reprodutivo para a mulher diabética

O planejamento reprodutivo, ainda usualmente chamado planejamento familiar, é um direito da mulher e também uma estratégia de cuidado à mulher diabética ou àquela acometida pelo diabetes gestacional, visto como nestes casos uma gravidez pode ser deletéria à saúde tanto da mulher e do bebê, como para a sua saúde do futuro adulto. O planejamento reprodutivo visa, então, ações para que a mulher ou casal possa planejar uma futura gravidez de forma segura para a sua saúde e do conceito ou, caso sua escolha seja não ter mais filhos, encontre-se dentro dos critérios estabelecidos na Lei do Planejamento Familiar de nº 9.263 de 1996, sendo estas escolhas feitas a partir de informações seguras e com a oferta garantida dos métodos e das técnicas para a regulação da fecundidade (BRASIL, 2016).

Como já foi dito mulheres que desenvolvem diabetes gestacional tem risco aumentado de evoluírem para o diabetes mellitus tipo 2 a médio prazo e para a escolha do método contraceptivo mais adequado é necessário avaliar, além presença do diabetes, outras comorbidades como doença cardiovascular, dislipidemia ou obesidade, que segundo os critérios de elegibilidade aos métodos definidos pela OMS, métodos hormonais principalmente os combinados, são categoria 3 (não recomendado) ou 4 (risco inaceitável), exigindo do profissional de saúde avaliar os riscos do uso (BRASIL, 2016). Os métodos comportamentais precisam ser muito bem orientados, visto que os ciclos podem ser irregulares ou anovulatórios, o que limita ou contraindica o uso do método. Os métodos de barreira não são contraindicados para a mulher diabética, sendo inseridos no tipo de categoria 1 de elegibilidade, ou de uso seguro, desde que a mulher/casal se adaptem bem ao método, com técnica apropriada de uso. O DIU, sendo um método que pode conter hormônio progestágeno (levonorgestrel), deve também ser avaliado nos critérios de elegibilidade de acordo com a condição clínica da mulher. Já o DIU de cobre, excetuando condições que o contraindiquem, como infecção ou tumores uterinos, por exemplo, é seguro para a mulher com diabetes e, no caso de a mulher estar gestante, há a possibilidade de o DIU ser inserido no pós-parto em até 48 horas ou quatro semanas após (BRASIL, 2013a).

CONCLUSÃO

A gestação é um período crucial da vida de uma mulher e impõe ao corpo feminino uma série de modificações que, em desequilíbrio pode levar a intercorrências como o Diabetes gestacional ou o agravamento de distúrbios já instalados. Tudo isto devido a alterações metabólicas e hormonais impostas relacionadas a placentação.

É fundamental que os profissionais de saúde que atendem mulheres gestantes, desde as primeiras consultas, investiguem o estilo de vida e hábitos de saúde destas pacientes, avaliando os fatores de risco que, associados ao modus vivendi das gestantes indiquem interferências que permitam prevenir o surgimento de DMG ou suas complicações.

É imperioso que durante a assistência, a mulher seja vista dentro de uma perspectiva integral de saúde, visando o controle do peso, as boas práticas de vida e saúde em relação ao sono, repouso e atividade física, alimentação saudável, controle do stress, busca de rede de apoio seja familiar, relacional ou profissional.

No futuro próximo, em virtude da mudança de perfil populacional, haverá a necessidade de profissionais cada vez mais atentos à visão da assistência integrativa de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BE, Metzger. et al. International association of diabetes and pregnancy study groups consensus panel. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*, v. 3, p. 676, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. 26 de Abril de 2020 – dia nacional de prevenção e combate à hipertensão de arritmia Cardíaca. 2017. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3180-26-4-dia-nacional-de-prevencao-e-combate-a-hipertensao-arterial-5>>. Acesso em 14 out. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Atenção básica: Saúde das Mulheres/ Ministério da Saúde, Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. – 5. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e saúde reprodutiva. I ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CERVO, Amado Luiz. Metodologia Científica. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996

CHAVES NETTO, H. Obstetrícia Básica. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2015

FREITAS, F. Rotinas em Obstetrícia, 7 ed. Porto Alegre: Artimed Editora, 2017

IDF. International Diabetes Association. 2019. Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf.

LI, Y. et al. Gestational diabetes mellitus in Women increased the risk of neonatal infection via inflammation and autophagy in the placenta. *Medicine (Baltimore)*, v. 99, e22152, 2020.

NEME, B. Obstetrícia Básica. São Paulo: Sarvier, 1994

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de diabetes Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2019.

REIS, M. et al. Diabetes mellitus gestacional: aspectos fisiopatológicos materno-fetais. *Revista Terra & Cultura*, v. 35, p. 32, 2019

RIBAS, J.T. et al. Alterações metabólicas e inflamatórias na gestação. *Revista de Ciências farmacêuticas Básica e aplicada*, v. 2, p. 181, 2015.

SBD. Sociedade Brasileira de diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes 2019-2020. Clannad Editora Científica. 2019.

TSCHIEDEL, B. A História do diabetes. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. 2020. Disponível em: www.endocrino.org.br/historia-do-diabetes. Acesso em: 05 nov. 2020

46

A Depressão Pós-Parto no Cenário da Saúde da Mulher

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Saúde e Ecologia Humana - FASEH, Vespasiano, MG.

AUTORES

ALICE ROMANO CAMPOLINA VIDAL¹
ISABELA FERNANDES MARCILIO ARAÚJO¹
LETÍCIA DANIELA DE FARIA¹
LETÍCIA DE SALHES RAMALHO¹
LIGIA REGINA BASTOS NEVES¹
SARA NERY MIRANDA¹
SARAH MANSUR AMARAL¹
PAULA STEFANNE RIBEIRO DOS REIS¹

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Depressão; Transtornos Psiquiátricos.

INTRODUÇÃO

A Depressão Pós-Parto (DPP) caracteriza-se como uma forma de alteração do humor que afeta as mulheres após o nascimento do bebê. Além dos sintomas conhecidos na depressão, como mudanças de humor e de hábitos alimentares, ganho ou perda de peso, insônia ou sono excessivo, perda de concentração e pensamentos de autoextermínio, as mulheres acometidas pela DPP ainda apresentam acentuados sentimentos dúbios em relação ao bebê, de inutilidade e culpa.

A prática médica conta com duas ferramentas que caracterizam as doenças e servem como parâmetro em métodos diagnósticos, o Manual de Diagnóstico e Estatístico (DSM) e a Classificação internacional de Doença (CID). Em se tratando de DPP, o quinto Manual de Diagnóstico e Estatístico (DSM-V), publicado em 2014 no Brasil, descreve essa patologia como um especificador dos quadros de depressão com início no periparto, permitindo então, a inclusão do período gestacional. Já o CID-10, publicado em 1993, descreve a DPP como uma desordem comportamental e mental associada ao puerpério, desde que seu início se dê seis semanas após o nascimento e quando seus critérios não se enquadram em outras categorias (F53). Nota-se, portanto, uma divergência desses manuais ao caracterizarem a DPP e ao definirem um critério temporal para o início deste transtorno. Em virtude desta discordância e atrelado a outros fatores que serão discutidos ao longo do capítulo, essa doença ainda é muito subdiagnosticada no Brasil. Esse assunto é de inequívoca relevância para a saúde da mulher, haja vista que, diante da sociedade, esse distúrbio psíquico é julgado erroneamente como fraqueza ou descaso com o filho, além de ser acompanhado por aspectos subjetivos da gravidez, os quais devem ser considerados.

Tendo em vista esses fatores, o objetivo deste capítulo é analisar os números oficiais de depressão pós-parto no Brasil e averiguar se tais números refletem a realidade dos consultórios, pontuar quais as dificuldades no diagnóstico e na abordagem ao tratamento e, no aspecto jurídico, como o Estado trata essa patologia.

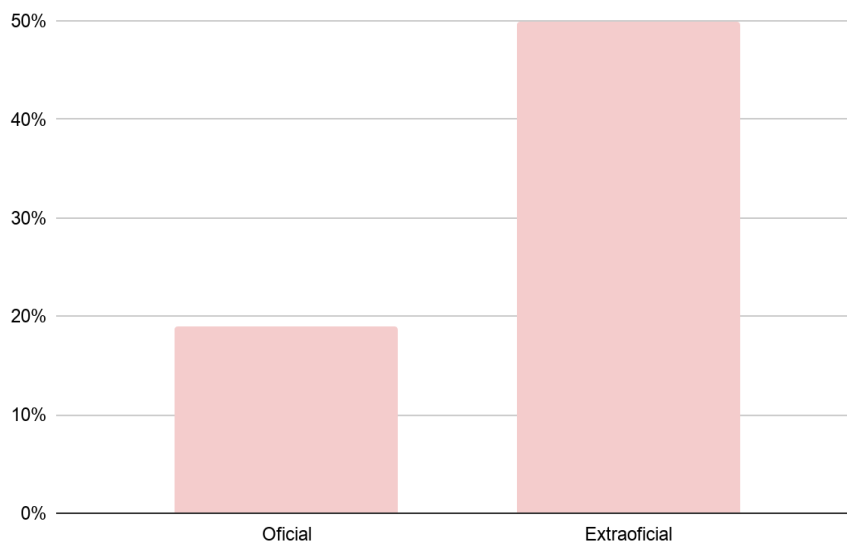
MÉTODO

Nesse capítulo é feita uma revisão da bibliografia acerca de alterações psiquiátricas no pós-parto a partir de artigos encontrados na base de dados SciELO entre os anos de 2010 a 2020. Foram selecionados artigos em português e as palavras chaves usadas foram: depressão pós-parto e transtornos psiquiátricos. Outros artigos considerados relevantes citados no material consultado também foram incluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência da DPP em países desenvolvidos, como o Brasil, é de 19,8%. Entretanto, extraoficialmente, ou seja, em diálogos entre mulheres no puerpério, observa-se que metade delas afirmam ter um grau de rebaixamento do humor no pós-parto (Gráfico 1).

Gráfico 1. Prevalência de Depressão Pós-Parto em Países Desenvolvidos



Fonte: Adaptado de FIOCRUZ, 2016; COFEN, 2016.

Essa discrepância entre o número de mulheres com DPP devidamente diagnosticada e das que suspeitam devido a quadros psíquicos semelhantes se deve, principalmente, a três fatores: o enorme estigma carregado pela DPP, (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, 2020), a divergência encontrada na descrição dessa patologia nas ferramentas diagnósticas (DSM-V e CID-10), além de um certo despreparo dos profissionais. Em razão do receio e vergonha de percepções sociais negativas, haja vista que o nascimento do bebê é cultural e socialmente estabelecido como acontecimento feliz, apenas metade das mulheres com sintomas

depressivos procuram ajuda dos profissionais da saúde. Este receio de admitirem que não estão felizes com a chegada da prole se relaciona, então, com o medo de serem julgadas pelos seus familiares ou até mesmo pelos médicos e de não receberem o apoio que procuram. Dessa forma, essas mães acabam passando despercebidas pelos órgãos de saúde e, conseqüentemente, não recebem o amparo necessário, acarretando reflexos significativos na vida dela e de seu filho. As conseqüências da DPP não tratada são divididas em precoce e tardia por Godfroid (1997) e Chaudron & Pies (2003) (SILVA *et al.*, 2003). As conseqüências precoces incluem suicídio, infanticídio, negligência na alimentação do bebê e, em muitos casos, divórcio. Já as tardias tratam-se de maus tratos à criança, desenvolvimento cognitivo inferior e retardo na aquisição da linguagem.

A negligência médica é mais um fator importante a ser discutido nesse cenário. Infelizmente, devido ao despreparo, muitos médicos da atenção básica, erroneamente, confundem DPP com cansaço relacionado às novas responsabilidades advindas da chegada do bebê e a triagem de novos casos são ignorados. As divergências existentes nas concordâncias e codificações da DPP nas ferramentas para a realização do diagnóstico, como no CID e no DSM, contribuem com a dificuldade dos médicos diagnosticarem corretamente essas mulheres. Ambos os manuais divergem ao descrever de forma clara as características e sintomatologias singulares da DPP, e apenas o CID ampara as peculiaridades e subjetividades dessa patologia, separando-a das demais formas de depressão. Ademais, o critério temporal para a DSM inclui o período gestacional, enquanto a CID considera o período de seis semanas pós-parto, tornando a identificação do quadro de DPP dissemelhante e impreciso. Esse impasse gera, como conseqüência, escassa adesão ao tratamento, visto que essa prática diagnóstica muitas vezes está sob a responsabilidade dos profissionais da atenção primária e, somente depois do devido diagnóstico, a mãe e seu filho são encaminhados para um profissional da saúde mental.

Questões Jurídicas

O infanticídio era tratado no primeiro Código Criminal Brasileiro, em dois âmbitos, o art. 197, no qual matar algum recém-nascido tinha pena prevista de 12 a 13 anos de prisão e o art. 198, em que a mãe ao matar o filho recém-nascido para ocultar a sua desonra, tem como pena de um a três anos de prisão acompanhada de trabalho. Já no código vigente, de acordo com art. 123, esse crime consiste no ato de “matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após” e apresenta como pena a detenção de seis meses a dois anos. Esse crime tem como causa principal a depressão pós-parto, que está apresentando um crescimento significativo nos últimos tempos, conforme dados da BBC News Brasil, 2020. (MANIR, 2020).

Antigamente, as mulheres recebiam penas extremamente severas quando cometiam o parricídio, que hoje é conhecido como infanticídio. Em contra partida, os homens, sustentados pelo *pater familias*, tornavam-se isentos de qualquer culpa ao cometer o mesmo. Graças a evolução do pensamento social, esta lei sofreu modificações visto que, na maioria dos casos, a mãe da criança não se encontra em estado mental consciente ao realizar o crime (BERTIPALHA & RUFINO, 2015) Sabe-se que a DPP tem o poder de reduzir a compreensão e discernimento da puerpera e tendo em vista o critério biopsicológico para análise de imputabilidade, ou seja, é preciso provar que autor do crime tenha alguma alteração psicológica, bem como comprovar que esta alterou a capacidade de compreender o caráter ilícito do ocorrido, autoras do crime de infanticídio sob as condições de DPP tem a pena abrandada.

Diante das divergentes contestações acerca desse crime, o código atual passou a adotar critérios fisiopsicológicos, por meio da influência do estado puerperal na parturiente. Este estado atinge todas as gestantes e possui diversos estágios de influência e intensidade sobre o psicológico e fisiológico das mesmas. Quando confirmado, através de perícia médica, que a mulher sofre de transtornos relacionados ao puerpério, ela pode apresentar duas formas de manifestação de distúrbios psiquiátricos são elas: a psicose ou neurose aguda. A psicose puerperal é caracterizada pela presença de alucinações e delírios relacionados ao recém-nascido, com grandes chances de provocar a morte. Com isso, o agente está inteiramente incapaz de distinguir o caráter ilícito dos fatos. Já a neurose aguda é acompanhada de irritabilidade, depressão, ansiedade e por isso o agente é plenamente imputável. Portanto, para que o ato seja considerado culposos, ou seja quando não há intenção de cometê-lo, é imprescindível que não tenha sido realizado conscientemente e por uma vontade livre do agente.

Tratamento

Existem muitos mitos entorno da prescrição de medicação a gestantes e lactantes. Por muito tempo, acreditou-se que estas pacientes não deveriam ser medicadas e esse pensamento dificultava o tratamento. Hoje, já se sabe, por exemplo, que a porcentagem do fármaco que chega ao leite materno é muito pequena. Os principais aspectos que devem ser levados em consideração no momento de se prescrever um medicamento é avaliar riscos e benefícios, bem como a classe medicamentosa a ser usada, dose e o potencial de teratogenicidade. Por exemplo, os benzodiazepínicos (Tabela 1), devido a seus efeitos teratogênicos, devem ser evitados até o terceiro mês de gestação, pois podem provocar lábio leporino, hipotonia muscular generalizada e síndrome de abstinência (SOARES, 2003).

Tabela 1. Uso de psicofármacos na gravidez e no pós-parto

Medicamentos	Contraindicado	Indicado
Benzodiazepínicos	não	sim*
Carbamazepínicos	sim	não
Ácido Valproico	sim	não
Carbonato de Lítio	sim	não
Sertralina	não	sim

Legenda:*Indicado após o primeiro trimestre. **Fonte:** Adaptado de VALADARES, 2006.

É importante retirar gradualmente os benzodiazepínicos, quando administrados, evitando dessa forma a abstinência neonatal. Os clássicos estabilizadores de humor utilizados no Brasil, como ácido valproico, carbamazepina e carbonato de lítio devem ser evitados durante o período de gestação por possuírem também efeito teratogênico. Entretanto, caso os mesmos não possam ser retirados, deve-se fazer suplementação com folato e Vitamina K, visando diminuir as chances de defeitos no tubo neural. Grávidas com história prévia de alterações de humor, em tratamento, devem continuar sendo medicadas, já que passar toda a gestação sem o fármaco pode provocar novos

sintomas e aumento significativo dos já existentes. Nesses casos, o lítio é o mais indicado após o terceiro mês de gestação e em dosagem diária múltipla. (VALADARES, 2006).

É importante realizar constantemente exames de ultrassonografia para avaliar se há presença de má formações. À medida que a gravidez evolui, a quantidade de líquido corporal da mulher aumenta bastante e as concentrações plasmáticas do medicamento tendem a cair, necessitando de um aumento da dose. Em contra partida, no fim do período gestacional, esse líquido geralmente diminui e após o parto ocorre uma perda abrupta desses fluidos. Assim, gestantes medicadas com o lítio devem ter a dosagem diminuída duas semanas antecedentes a data prevista do parto evitando, desta maneira, toxicidade por lítio na mãe. A sertralina, inibidor seletivo da recaptação de serotonina, é um grande aliado no tratamento da DPP, pode ser usado por mulheres lactando. Eletroconvulsoterapia é uma outra linha de tratamento indicada a pacientes refratárias à farmacoterapia ou que não possam fazer uso de antidepressivos e pacientes com depressão bipolar. Esse procedimento é realizado sob anestesia geral e baseia-se em produzir uma convulsão generalizada através de correntes elétricas proporcionando liberação de hormônios hipotalâmicos e/ou hipofisários. Por fim, abordagens psicoterápicas em grupo ou individual é uma linha de tratamento a ser considerada.

CONCLUSÃO

Já que os números oficiais não revelam a realidade dos consultórios, é indubitavelmente necessário realizar um rastreio perinatal efetivo, a fim de identificar mulheres com necessidades psicológicas, proporcionar tratamento antecipado visando assegurar o bem-estar psicológico das mesmas e prevenir a cronicidade da DPP. O rastreio psicossocial e as intervenções devem ser oferecidas em até pelo menos seis meses após o nascimento para captar o início de novos casos. Existe a necessidade de revisar os sistemas classificatórios oficiais buscando uma concordância entre si a fim de auxiliar o diagnóstico, atrelado a realização de treinamento dos profissionais da área da saúde, visando identificar nas queixas da puérpera possíveis sinais de DPP.

Somado a isso, é de suma importância medicar grávidas, lactantes e puérperas que se encontram com alterações de humor, sempre levando em consideração riscos e benefícios, a classe medicamentosa a ser usada, dose e o potencial de teratogenicidade. Pacientes com esse diagnóstico, que já faziam uso de medicação antes da gravidez, devem permanecer medicadas e adicionar folatos e vitamina K no tratamento. Ademais, deve-se realizar exames de ultrassom a fim de verificar má formações. Por fim, tendo em vista que a justiça já reconhece a diferença entre depressão pós-parto e demais depressões, as autoras acreditam que a medicina também deve reconhecer essa diferença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMAURY, *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica* v. 37, p. 278, 2010.

BERTIPALHA, C.A.O & RUFINO, L. A influência do estado puerperal do crime de infanticídio sob o prisma da psicanálise. *Jusbrasil*, 2015. Disponível em: <<https://carolinebertipalha.jusbrasil.com.br/artigos/227635215/a-influencia-do-estado-puerperal-do-crime-de-infanticidio-sob-o-prisma-da-psicanalise>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

COFEN. Porque a depressão pós-parto, que atinge 15% das mães, ainda é tabu. *Confen*, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/por-que-a-depressao-pos-parto-que-atinge-15-das-maes-ainda-e-tabu_38682.html>. Acesso em: 19 nov. 2020.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. Transtornos mentais durante a gravidez e pós-parto esbarram em estigma, mostram pesquisadoras. *Informe ENSP*, 2020. Disponível em: <<http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/48306>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

MANIR, Mônica. 'Me apavorei e joguei minha bebê fora': A batalha jurídica em torno das mulheres que matam seus recém-nascidos. *BBC News Brasil*, 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53688554>>. Acesso em: 21 nov. 2020.

SILVA, D.G. *et al.* Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Revista mal-estar e subjetividade*, v. 3, p. 439, 2003.

SOARES, P.J. Uso da medicação psiquiátrica na gravidez. *Psychiatry Online Brasil*, v. 8, 2003.

VALADARES, G.C. Boletim Científico: Saúde Mental em Foco. Uso de psicofármacos na gravidez e no pós-parto. *Associação Brasileira de Psiquiatria*, 2006. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/?bol_id=6&boltex_id=24>. Acesso em: 19 nov. 2020.

47

SAÚDE DA MULHER MODERNA NA VISÃO DO AYURVEDA

FILIAÇÃO

¹ Discente de Medicina, Centro
Universitário do Planalto Central
Aparecido dos Santos, DF.

AUTORES

JADE TORRES GOLDFELD NEIVA MORONI¹
EVELIN CARRIJO COUTO MAGALHÃES¹
MARIA LUISA OLIVEIRA SANTANA¹
NATÁLIA CABRAL PERISSÊ¹
THAÍS FERNANDA FARIA MOREIRA¹

Palavras-chave: Medicina; Saúde da Mulher; Ayurveda.

INTRODUÇÃO

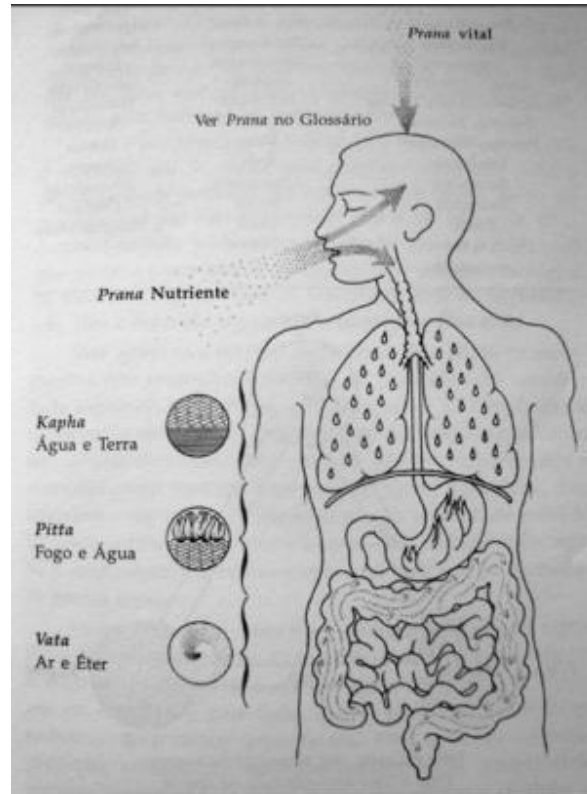
O Ayurveda é uma filosofia médica oriental desenvolvida no subcontinente indiano há milhares de anos. A palavra sânscrita Ayurveda significa “Conhecimento ou Ciência (veda) da longevidade (ayus)” (MCLNTYRE, 2016). Nesta linha de pensamento médico, o corpo físico é formado por cinco principais elementos: espaço, ar, fogo, água e terra. Estes, se expressam na nossa fisiologia através dos Doshas (humores), Vata (espaço e ar), Pitta (fogo e água) e Kapha (terra e água). Assim, pode-se afirmar que os doshas são a base do corpo humano e que, quando estão em desequilíbrio, favorecem o aparecimento de um processo de adoecimento do indivíduo.

Na Índia as práticas místicas sempre se fizeram presentes, especialmente por tratar-se de uma cultura famosa pelos seus laços com valores espirituais, como aqueles encontrados em práticas psicofísicas do Yoga e no Hinduísmo, com seus mais de 300 milhões de divindades. Embora esse misticismo com práticas rituais fosse rejeitado pela medicina indiana clássica, a espiritualidade apresentava-se e, ainda hoje, apresenta-se como parte inseparável da compreensão do homem e, por isso, fortemente defendida. Cabe ressaltar que a espiritualidade aqui deve ser compreendida como uma capacidade inerente ao homem de abstração e afastamento do mundo concreto, percebido pelos cinco sentidos, e a introspecção e busca de novas experiências percebidas nas inúmeras possibilidades de manifestações do psiquismo.

Sabendo disso, é indubitável a percepção do desejo que a mulher contemporânea, esteja ela com 20 ou 60 anos de idade, em se manter saudável em termos de corpo, alma e mente. Para isso, atitudes em prol do bem-estar têm deixado de serem apenas metas pessoais, tornando-se uma tendência de estilo de vida que tem sido utilizado como princípio orientador e norteador na conduta de inúmeras mulheres em relação ao autocuidado. Com isso, o objetivo deste estudo é analisar como o resgate de práticas milenares, como o Ayurveda, tem crescido nos dias atuais, com ênfase na busca, por parte das mulheres, em manterem-se saudáveis. A seguir, imagens demonstrando as

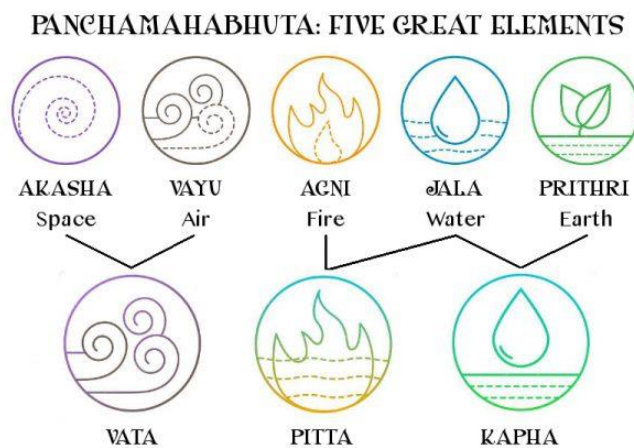
regiões de predomínio dos Doshas no organismo (figura 1) e como se dá a formação dos tridoshas Vatta, Pitta e Kapha (figura 2), já citados no texto acima.

Figura 1. Regiões de predomínio de cada Dosha no organismo



Fonte: LAD, 2012.

Figura 2. Tridosha



Fonte: TRIDOSHA, 2017.

MÉTODO

O presente estudo deu-se por meio de uma revisão não sistemática da literatura, na qual foram selecionados artigos publicados nos últimos anos, com o uso das palavras-chaves: saúde da mulher e ayurveda. Adicionalmente, foram incluídos artigos e livros-texto clássicos da literatura sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A mulher da atualidade é multifuncional: dá conta de casa, é esposa, mãe, filha e profissional. Diante disso, é passível de observação um crescente e significativo aumento em investimentos de tempo e dinheiro sobre o que comem, bebem, leem, a forma como se exercitam, sobre o que meditam, o que consomem e assim por diante. Sendo assim, pode-se afirmar que esta nova realidade pode e deve ser vista como um dado cultural de grande relevância a ser observado, uma vez que esta mudança, buscada cada dia mais, interfere diretamente nas relações de prioridades que os indivíduos estabelecem para viver, principalmente no que diz respeito ao resgate da espiritualidade feminina e sua reaproximação com a natureza e consigo mesma. Nesse sentido, sabe-se que o mundo hodierno é marcado por movimentos feministas, que têm por base a luta coletiva contra a opressão e à busca por direitos, oportunidades e tratamentos iguais aos recebidos pelos homens, os quais têm sido amplamente encarregados para que, ao longo dessa incansável luta, as mulheres passem a vivenciar um certo afastamento, prejudicial, dos ritos e de seus ciclos naturais por batalharem por uma posição ativa no mercado de trabalho e para que sejam respeitadas.

Nessa conjuntura, a mulher multifuncional trava, diariamente, uma luta contra uma sociedade opressora e contra o tempo, a fim de que tenha espaço para que simplesmente adquira liberdade e voz-para que, assim, tenha sua imagem desvinculada do ideal impecável e abertura para errar, uma vez que todo ser humano é passível de erro, independentemente de seu sexo. Posto isto, é possível verificar a maneira como o corpo responde e sofre influência do meio, visto que inúmeras mulheres começam a apresentar sérias disfunções hormonais e problemas em seu aparelho reprodutor frente à essa situação de constante agitação e provação em suas vidas. Além disso, este fato tem corroborado para o aparecimento de casos frequentes de menopausa precoce, endometriose e, até mesmo, infertilidade (KALIL, 2008). Nesse contexto, e tendo conhecimento que a palavra Ayurveda significa conhecimento ou ciência da longevidade (MCLNTYRE, 2016), Charaka Samhita, um dos mais antigos e respeitados textos clássicos do Ayurveda, define a vida (ayus) como “a perfeita junção entre o corpo, os órgãos dos sentidos, a mente e a consciência”. Deste modo, o ser humano só pode ser totalmente compreendido e considerado na plenitude de sua vida se estiver em harmonia com suas dimensões físicas (corpo físico), mentais (corpo sensorial e mental) e espirituais (corpo do intelecto e da consciência).

Por fim, é válido mencionar que essa abordagem de cuidado, desenvolvida na Índia, traz consigo a ideia de que a investigação diagnóstica leva em consideração os tecidos corporais afetados, os humores, onde a doença se localiza, entre outros. Assim, nesse contexto, considera-se que a doença se inicia muito antes de ser percebida no corpo, resultando em um aumento significativo do papel preventivo deste sistema terapêutico por tornar possível a tomada de medidas adequadas e eficazes com antecedência. No que diz respeito a saúde da mulher, este conhecimento médico visa um olhar cuidadoso para os tecidos reprodutivos (Sukra faz referência ao planeta do

amor, Vênus) para além dos ciclos de menarca, gravidez e menopausa. Para isso, o objetivo mais importante é honrar, por meio do descanso e rejuvenescimento, o que o próprio corpo fala diariamente, sempre se atentando ao que se metaboliza a partir do que se alimenta, e viver a potencialidade de cada fase de forma alinhada e em harmonia com os objetivos pessoais.

Etapa 1. Definição da menopausa no contexto do Ayurveda

A menopausa, marcada pelo término dos ciclos menstruais e ovulatórios, representa uma série de mudanças no corpo feminino. Entre outros sintomas, como ondas de calor e ressecamento vaginal, a depressão e a baixa autoestima acometem as mulheres que entram na menopausa. Como um dos aspectos mais negligenciados no quadro de saúde feminina no ocidente, a menopausa hoje tem uma conotação ruim e é vivida erroneamente pelas mulheres, como um período de crise. Nesse sentido, ter consciência que atualmente tem-se uma sociedade que apresenta valores sexuais deturpados é de grande relevância, haja visto que esta vê a outra que não está mais em idade fértil como menos importante.

Para as feministas, a menopausa é uma fase natural, que muito além do aspecto puramente biológico sofre influência de variáveis psicossociais que ainda precisam ser estabelecidas e estudadas. Uma vez que a abordagem médica da menopausa tende a ignorar a possível influência dessas outras variáveis, ela é considerada limitada e limitadora. (BUCHANAN *et al.*, 2001). Já na visão do Ayurveda, a menopausa trata-se apenas de uma transição para uma fase de mudança de foco, que pode ser vivida de forma plena e consciente. Dessa forma, a mulher que passa pela menopausa percebe em seu corpo diversas características do dosha vata, com sintomas como alterações bruscas da sensação de temperatura interna, secura geral em diversos subdoshas (perceptível de forma clara nos tecidos externos), entre outros. Sendo assim, esse aparecimento de vata indica, unicamente, que a mulher passará a viver um período mais sutil de agora em diante, e que poderá lidar com as situações da sua vida (e de sua família) com menos apego e mais consciência.

A expectativa de invisibilidade que as mulheres demonstraram em relação à menopausa parece ser fruto de um duplo estigma constatado pelos pesquisadores: era vergonhoso estar na menopausa, mas, pior do que estar na menopausa, era ter uma menopausa sintomática. Considerando-se, como fazem Nissim (1984) e Vivaldi (1997), que apenas 10% das mulheres passam pela menopausa sem sentir nenhum desconforto, o estigma com relação à menopausa sintomática pode ser considerado um doloroso fardo para a maioria esmagadora das mulheres. A aceitação da mudança de foco é essencial para que se atinja uma transição plena. Por fim, as mulheres nesse período têm a possibilidade de passar por essa fase sem que desenvolvam qualquer trauma e/ou sofrimento físico, podendo basear seu tratamento terapêutico em medidas que visam a diminuição da secura (oleações externas e internas), o aumento, de forma sutil, de seu metabolismo através de chás e temperos, e ainda sim, dentro da orientação de seu médico, tentar, até mesmo, uma reposição hormonal com fito-hormônios.

Etapa 2. Dicas do Ayurveda para atrasar a menopausa

Dança

Segundo o Dr. Namrata Pawar (médico ayurvédico na Índia), a dança pode ser um bom e eficiente caminho para as mulheres que buscam melhorar a saúde dos ciclos menstruais. O princípio básico não é essencialmente a dança, mas sim o exercício proporcionado por ela, o qual é uma ótima maneira de estimular o fluxo sanguíneo e manter uma boa saúde cardíaca. Além disso, a dança torna muito mais divertida e prazerosa a inclusão de exercícios na rotina (PAWAR, 2017).

Exercícios diversos

Os exercícios, de maneira geral, são ótimos para quem visa uma vida mais saudável. Sendo assim, é ideal que o indivíduo reserve diariamente de 30 a 40 minutos de seu dia para realização de alguma atividade física. A yoga é considerada uma excelente escolha para propósitos saudáveis. Ademais, é incontestável que a prática de atividades físicas traz consigo benefícios tanto para saúde física, quanto para saúde mental (O'Connor, 1995).

Óleo de gergelim

O óleo de gergelim é amplamente usado nos lares indianos e é excelente para a saúde, sendo usado desde a antiguidade para a saúde uterina das mulheres indianas. Embora muitos outros óleos possam ser usados para essa finalidade e para trazer benefícios diversos à saúde, o óleo de gergelim é, certamente, uma das melhores escolhas. O uso do óleo está diretamente ligado ao dosha vata. Segundo o Dr. Namrata Pawar, as mulheres com mais de quarenta anos frequentemente têm o vata em excesso, o que causa muitos problemas de saúde, inclusive a queda nos níveis de estrogênio, resultando em ossos frágeis, pele seca e menopausa precoce. Nesse sentido, o óleo de gergelim ajuda a combater o vata excessivo (PAWAR, 2017).

Evitar o estresse

É nítido que o estresse se tornou um dos grandes vilões do mundo moderno, sendo capaz de ocasionar uma série de problemas de saúde que até então estavam adormecidos, como propensões a diabetes, colesterol e risco cardíaco, assim como a desregulação hormonal. Infelizmente, não há maneiras fáceis de evitar o estresse, mas, o que o Dr. Namrata Pawaar sugere é que se busque maneiras de vencê-lo através de práticas de Yoga e Pranayama, por exemplo (DECOVERLEY, 1987).

Dieta adequada

O modo alimentar da Ayurveda é um dos mais saudáveis do mundo, e isso não é apenas uma opinião, mas sim algo suportado pela própria OMS (Organização Mundial da Saúde). No que diz respeito à menopausa, o Dr. Namrata Pawar diz, por exemplo, que é possível “enriquecer sua dieta com feijão de soja, que é uma ótima fonte de fitoestrógenos e que deve incluir, também, a ingestão

de sementes de gergelim e nozes”. Nesse sentido, as refeições devem ser divididas em pequenas porções e distribuídas ao longo do dia. Além disso, é importante incluir vegetais antioxidantes ricos em cores vivas, como pimentões, pimentas, beterrabas, repolhos roxos, cenouras e tomates na dieta diária. Vegetais crucíferos como brócolis, repolho e couve-flor também são excelentes para promover a saúde feminina (MOREIRA, 2020).

Etapa 3. Definição de infertilidade no contexto do Ayurveda

A infertilidade caracteriza-se pela dificuldade enfrentada por um casal de obter gravidez no período de um ano tendo relações sexuais, sem uso de nenhuma forma de anticoncepção. Acredita-se que a possibilidade de um casal normal obter gravidez, por ciclo menstrual, é de aproximadamente 20% e que, após um ano, mais de 80% dos casais conseguirão alcançar o sonho do resultado positivo. Por outro lado, estima-se que 15% dos casais tenham alguma dificuldade de fertilização e as principais causas são: criptorquidia (malformação, resultando em posicionamento incorreto do testículo); fatores genéticos; fatores hormonais; infecções; obstrução do ducto deferente (canal por onde passam os espermatozoides); varicocele (varizes do testículo); entre outros. Sabendo disso, ao analisar a infertilidade no contexto do Ayurveda, pode-se perceber que esta prática milenar propõe uma mudança de paradigma ao abordar a pessoa e não a doença.

Todos os desequilíbrios que surgem no corpo humano são observados como desarmonias dos Doshas, assim, após apontar o desequilíbrio de Vata, Pitta ou Kapha, o profissional da saúde deverá indicar uma terapia individualizada, que pode ser uma dieta, fitoterapia, oleação (massagem com óleos), sudação (terapia semelhante à sauna), desintoxicação, yoga, meditação, entre outros. Ademais, cabe ressaltar que, além de individualizado, o tratamento será orientado a depender do diagnóstico do desequilíbrio apresentado pelo paciente. Adicionalmente, é válido mencionar que a raiz do ser humano é o sistema nervoso e que, quando este funciona adequadamente, há uma harmonia nos Doshas e, conseqüentemente, no corpo humano. Portanto, a melhor coisa para um casal que deseja engravidar é uma prática bem orientada de yoga e meditação.

CONCLUSÃO

Com o objetivo de sintetizar os aspectos abordados e reconhecendo a busca por parte, principalmente, das mulheres pelo autoconhecimento e alinhamento de suas dimensões, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 849, de 27 de Março de 2017, incluiu quatorze novas terapias alternativas, entre elas o Ayurveda, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Nesse sentido, observa-se que a medicina ayurvédica feminina tem ganhado cada vez mais espaço e importância no mundo atual, em que se manter saudável a partir de processos simples, como yoga, meditação, boa alimentação, entre outros, enquanto lutam por seu espaço na sociedade, tornou-se prioridade (ANDRADE, 2010, p.497). Diante desse cenário, torna-se indiscutível que, além de ajudar a manter o corpo em forma e a mente alerta, um estilo de vida saudável ajuda, também, a prevenir doenças e, até mesmo, evitar que doenças crônicas se agravem.

Figura 3. Práticas integrativas, complementares e alternativas



Fonte: BATISTA, 2013

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILERA, D.C. *Crisis Intervention: Theory and Methodology*. 8. ed. Philadelphia: Mosby, 1998. 358 p.
- ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. *Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica*. 3. ed. São Paulo: Saúde Soc, v. 19, 2010. 508 p.
- ATREYA. *MEDICINA AYURVEDICA PARA A MULHER*, f. 148. 296 p.
- BARROS, N.F.; SIEGEL, P.; CARMEN, S. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. *SciELO*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200030&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2020.
- BATISTA, J.V.C. *Práticas Integrativas e Complementares*. ConSciência. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://conscienciaufrij.wordpress.com/cadernos/praticas-integrativas-e-complementares/>. Acesso em: 27 out. 2020.
- BECK, Aaron T. *Terapia cognitiva da depressão*, f. 158. 1996. 316 p.
- BRIGHT, J.L.; BAKER, K.D.; NEIMEYER, R.A. Professional and paraprofessional group treatment for depression: a comparison of cognitive: behavioral and mutual support interventions. *PubMed*. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10450619/>. Acesso em: 28 out. 2020.
- BUCHANAN, M.C.; VILLAGRAN, M.M.; RAGAN, S.L. Women, menopause, and (Ms.)information: communication about the climacteric. *PubMed*. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11853211/>. Acesso em: 27 out. 2020.
- CARNEIRO, D.M. *Ayurveda: Saúde e Longevidade na Tradição Milenar da Índia*. 1. ed. Pensamento, 2009. 336 p.
- CIORNAL, Selma. *Da contracultura à menopausa: vivências e mitos da passagem*, f. 134. 1998. 267 p.
- ERIKSON, Erik Homburger. *O ciclo de vida completo*, f. 56. 1997. 111 p.
- FOX-YOUNG, S.; SHEEHAN, M.; O'CONNOR, V. Women's Perceptions and Experience of Menopause: A Focus Group Study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2009. 7 p. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01674829509024472>. Acesso em: 28 out. 2020.
- JUNIOR, J.P.R.; BENETTI, I.C.; ZANELLA, M. *Cultura e processos de saúde e doença*. Florianópolis, v. 8, 2016.
- LAD, Vasant. *Ayurveda: The Science of Self-healing: a Practical Guide*. Lotus Press, v. 3, f. 88, 1983. 175 p.
- LAD, VASANT; MAURELL, JUREMA DAS NEVES. *AYURVEDA - A CIENCIA DA AUTOCURA: UM GUIA PRATICO*, f. 112. 224 p.
- LUZ, M.T. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Estudos em Saúde Coletiva, 1993. 32 p.
- MARQUES, E.A. *Medicina ayurvédica: Tradicional arte de curar da Índia*. Rio de Janeiro: Estudos em Saúde Coletiva, 1993. 44 p.
- NINIVAGGI, Frank John. *Ayurveda: A Comprehensive Guide to Traditional Indian Medicine for the West*. Rowman & Littlefield Pub Incorporated, f. 181, 2009. 361 p.
- ORGANIZATION, World Health. *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, f. 38. 2012. 76 p.
- Raquel. *A teoria tridosha no Ayurveda*. Tridosha. 2017. Disponível em: <https://tridosha.wordpress.com/2017/07/28/a-teoria-tridosha-no-ayurveda/>. Acesso em: 29 out. 2020.
- ROCHA, A.M. *A Tradição Do Ayurveda*. 1. ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2010. 272 p.
- SILVA, Antonio Cesar Ribeiro Devesa da; VARGAS, Maria Valéria Aderson de Mello. *De Avyakta a Sphota: o percurso analógico da composição nominal na construção de sentido do texto médico Caraka Samhita*. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001074491>. Acesso em: 27 out. 2020.
- SIMMEL, Georg; VELHO, Otávio Guilherme. *O fenômeno urbano*, f. 72. 1966. 143 p.

Editora Pasteur
SAÚDE DA MULHER

SMITH, Atreya. Os segredos da massagem Ayurvédica. 1. ed. Pensamento, 2003. 168 p.

SVOBODA, Robert E. Ayurveda for Women. The National Academies, f. 80, 1998. 160 p.

TIWARI, Maya. Ayurveda Secrets of Healing: The Complete Ayurvedic Guide to Healing Through Pancha Karma Seasonal Therapies, Diet, Herbal Remedies, and Memory. Lotus Press, f. 274, 1994. 548 p.

TIWARI, Maya. O caminho da prática: a cura feminina pela alimentação, respiração e pelo som, f. 196. 2003. 392 p.

WUJASTYK, D. The Roots of Ayurveda: Selections from Sanskrit Medical Writings. Penguin, f. 181, 2002. 361 p.

ZYSK, Kenneth G. Medicine in the Veda: Religious Healing in the Veda: with Translations and Annotations of Medical Hymns from the R̥gveda and the Atharvaveda and Renderings from the Corresponding Ritual Texts. Motilal Banarsidass Publishe, v. 1, f. 156, 1997. 311 p.

48

OS IMPACTOS DO CLIMATÉRIO NA SAÚDE DA MULHER: UMA ANÁLISE REFLEXIVA

FILIAÇÃO

¹ Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Araçatuba, SP.

² Discente do curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Araçatuba, SP.

³ Enfermeira, Docente no Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Araçatuba, SP.

AUTORES

JÉSSICA MOREIRA FERNANDES¹

MIRELA MARTINES DO NASCIMENTO¹

LETICIA APARECIDA DE SOUZA SILVA¹

MARIA PAULA BERNARDO DOS SANTOS²

GLAUCIA BERTACHINI ANANIAS³

LUCILA BISTAFFA DE PAULA³

GISELLE CLEMENTE SAILER³

VIVIAN ALINE PRETO³

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Climatério; Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o climatério é o período de transição entre o final da fase reprodutiva para a fase não-reprodutiva da mulher, marcado por alterações no equilíbrio metabólico, endócrino e hormonal, além de diversas consequências biológicas, psicológicas e sociais, sendo uma fase de profunda vulnerabilidade, que reflete em diversos aspectos na saúde da mulher (CONTE *et al.*, 2020; SOARES *et al.*, 2018).

O climatério pode ser subdividido em três fases: a pré-menopausa, caracterizada pela ausência de menstruação (amenorreia) por três meses; a perimenopausa, onde a amenorreia já perdura de três a 11 meses e a exaustão ovariana reduz o estrogênio e aumenta o FSH e o LH como forma compensatória da não produção de folículos pelos ovários; e por último a pós-menopausa no qual a conversão dos hormônios androgênicos em estrogênios deixa de acontecer devido à ausência de folículos, fazendo com que o androgênio circule pelo sangue, provocando alterações na pele, no metabolismo lipídico e no peso, que provavelmente irá aumentar nesse período (FIGUEIREDO *et al.*, 2020; CARDOSO & CAMARGO, 2015).

Consubstanciando-se no último censo do IBGE, 25.977.502 mulheres se encontram na faixa etária entre os 40 aos 65 anos no Brasil e com o aumento da expectativa de vida da população, esse número só tende a crescer nos próximos anos, já que a estimativa é que, em 2030, a população mundial de mulheres na menopausa e na pós-menopausa alcance 1,2 bilhões, tornando a menopausa uma importante questão de saúde pública que exigirá atenção da sociedade e dos profissionais de saúde para amenizar seus impactos (IBGE, 2017; SCHNEIDER & BIRKHÄUSER, 2017).

As manifestações que surgem na menopausa podem estar relacionadas aos processos psicológico, biológico, social e cultural, sendo que as diferenças na experiência do climatério variam entre as diversas culturas e sociedades, o que reforça a necessidade de análise e compreensão crítica. Além disso, estudos antropológicos, sociológicos e interculturais têm desafiado o conceito de menopausa como um fenômeno universal, pois revelaram uma ampla variação de percepções dos sintomas (KELLY, 2011; SILVA & MAMEDE, 2020).

Não raro, cerca de 60 a 80% das mulheres referem alguma sintomatologia desagradável durante o climatério, que na maioria dos casos é causada pelo hipoestrogenismo devido ao declínio da função ovariana, sendo os sinais e sintomas mais recorrentes o aparecimento ou agravamento do quadro de tensão pré-menstrual, irregularidade menstrual e cólica menstrual, palpitações, tonturas, cefaleia, dores articulares, urgência miccional, dispareunia, cistite, secura vaginal, incontinência urinária e os “fogachos” ou ondas de calor (PEIXOTO *et al.*, 2015; FREEMAN & SHERIF, 2007).

Entretanto, as queixas de ordem afetiva e psicossocial, como tristeza, falta de energia, desânimo, cansaço, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia e diminuição da libido são as que mais interferem na qualidade de vida da mulher no climatério (BRASIL, 2016).

Considerando essa perspectiva, um aumento na procura dos serviços de saúde por essa população é esperado, tendo como queixas principais os sintomas característicos dessa fase (BERLEZI *et al.*, 2013). Assim, faz-se necessário compreender os impactos desencadeados por este período, tendo em vista a formação de programas e estratégias de promoção à saúde.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi averiguar os impactos do climatério na saúde da mulher e as principais estratégias de enfrentamento e tratamento aos sintomas indesejados.

MÉTODO

O presente estudo pode ser classificado como uma pesquisa descritiva utilizando-se do método de rastreamento teórico, pois se valeu de revisão bibliográfica. Esse tipo de estudo explora integralmente a bibliografia publicada em busca de materiais que serão sistematizados, ordenados e interpretados afim de encontrar o cerne dos pensamentos e fundamentos dos autores (MARCONI & LAKATOS, 2003).

Este estudo teve como questão norteadora “Quais as influências que o climatério exerce na saúde da mulher e quais as principais estratégias de enfrentamento e tratamento para os sintomas indesejados?”. Iniciou-se então a busca por estudos que respondessem a esta questão.

Para a seleção do material objeto de estudo, utilizou-se de descritores registrados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: “Saúde da Mulher” e “Climatério”. Para relacionar os termos da pesquisa, utilizou-se do operador lógico booleano “AND”. Usou-se de busca em modo avançado, palavras no título, resumo (abstract) e/ou no artigo, por meio do método integrado de busca. A coleta de material foi realizada no mês de outubro de 2020.

O levantamento dos dados ocorreu através das plataformas digitais: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) tendo como objetivo a disseminação de produção científica em formato eletrônico de livre acesso. Para tal, foram utilizados textos integrais, publicados em português, espanhol e inglês, indexados no período entre 2016 a 2020. Isto posto, inicialmente, foram encontrados 92 artigos.

Como critério de exclusão, não foram considerados os relatos de caso, as dissertações e teses, os estudos que objetivaram a validação de índices, os estudos repetidos, as fichas técnicas de recursos e os que não convergiam com o objetivo desta revisão, restando 42 trabalhos. Após leitura criteriosa dos resumos de tais estudos, levando em consideração relevância, metodologia, qualidade dos resultados e dos argumentos, avaliação e impacto dos resultados e conclusões (DAVIS, 2007), atingiu-se uma amostra de 22 artigos, perfazendo então esta fase da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Averigua-se que durante o climatério, os maiores impactos mencionados pelas mulheres quanto a sintomatologia são à ansiedade, irritabilidade, cefaleia, formigamento, tontura, polaciúria, náuseas e vômitos, queda no rendimento da memória, dificuldade em concentrar-se, sentir-se desastrada, queixas cardíacas (taquicardia, palpitação, cansaço, dor precordial); dor nas costas, braços e pernas; problemas musculares e nas articulações, falta de ar, suores, fogachos (ondas de calor acompanhadas de rubor e sudorese), esgotamento físico e mental, problemas de sono, estado de ânimo depressivo, problemas sexuais, problemas de bexiga e ressecamento vaginal (ASSUNÇÃO *et al.*, 2017; SILVA & MAMEDE, 2020; FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

Nessa linha, os sintomas relatados como mais intensos são os problemas musculares e articulares, que tendem a surgir com o envelhecimento e possuem uma prevalência que varia de 66% a 88% na literatura (SANTOS *et al.*, 2013a; CASTELO *et al.*, 2006). Entretanto, não se sabe até que ponto, o envelhecimento complica a menopausa, ou mesmo, se a complica de alguma forma (SILVA & MAMEDE, 2020).

Quanto maior a intensidade dos sintomas climatéricos, maior a frequência de disfunção sexual. Além disso, no climatério a mulher está mais suscetível ao desenvolvimento do câncer genital e mamário, pode apresentar distúrbios metabólicos ósseos, como a osteoporose, estando sujeita a diversas fraturas, devido as alterações no metabolismo lipídico, que aumentam o risco de doenças cardiovasculares (SÁ *et al.*, 2020; CRUZ *et al.*, 2020).

A ingestão inadequada de cálcio e de vitamina D é outro fator preocupante para mulheres climatéricas, uma vez que a deficiência de cálcio pode comprometer a mineralização e a manutenção óssea, contribuindo para o desenvolvimento da osteoporose, ou para seu agravamento, quando já instalada e a ausência de vitamina D prejudica a absorção de cálcio. Assim, alimentos ricos em cálcio e vitamina D devem ser estimulados, além de uma maior exposição solar se houver déficit de vitamina D mesmo com a alimentação (LIMA *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2013b).

Acerca da prevalência de sintomas depressivos no climatério, não se pode caracterizar se a sintomatologia depressiva decorre exclusivamente de flutuações hormonais ou de antecedentes prévios de depressão ou de ambos os fatores. Observam-se divergências em diversos estudos, porém na maioria deles o climatério não se mostra associado à maior incidência de depressão, reforçando que neste período o episódio depressivo pode manifestar-se naquelas mulheres que anteriormente apresentaram algum transtorno do humor (VOOGDT-PRUIS *et al.*, 2012).

Sabe-se que os estados emocionais podem funcionar como gatilho para o surgimento de diversas doenças e devem ser identificados e tratados precocemente principalmente num contexto de rápido envelhecimento da população mundial e aumento das doenças crônicas degenerativas. Reconhecer precocemente o modo pelo qual o indivíduo reage frente ao estresse possibilita ensiná-lo novas formas de reação e, assim, diminuir a chance deste comportamento contribuir para a

manifestação de uma doença (SALLES & SILVA, 2012). A literatura ainda revela que não existe diferença significativa entre a ocorrência de depressão e ansiedade no climatério, sendo a depressão mais frequente em mulheres portadoras de ansiedade e insônia (SILVA & MAMEDE, 2020).

Nessa linha, o consumo de medicamentos antidepressivos por mulheres no climatério é observado com frequência na literatura, com uma prevalência que varia de 7,2% a 17,6% (BANDEIRA *et al.*, 2016; LOCKHART & GUTHRIE, 2011; NOIA *et al.*, 2012). O número de medicamentos em uso associado ao uso de antidepressivos deve ser um sinal de alerta, pois a presença de multimorbidades pode resultar no uso de vários medicamentos concomitantemente e isto pode ocasionar maior presença de sintomas depressivos (NOIA *et al.*, 2012).

Verifica-se em diversos estudos que a faixa etária é uma variável relacionada ao uso de antidepressivos, principalmente as mais elevadas (BARDEL *et al.*, 2000; GARCIAS *et al.*, 2008) e que a principal classe de medicamentos antidepressivos utilizados atualmente são os da classe dos inibidores seletivos da receptação da serotonina (Fluoxetina, Duloxetina, Paroxetina e Venlafaxina) (GARCIAS *et al.*, 2008; LOCKHART & GUTHRIE, 2011; QUEIROZ NETTO *et al.*, 2012).

Entretanto, o uso de antidepressivos pode repercutir de forma negativa no organismo, principalmente no climatério que é um período simultâneo ao envelhecimento feminino, o que evidencia a necessidade de acompanhamento destas usuárias com vistas a promoção do uso seguro e racional de medicamentos (BANDEIRA *et al.*, 2016).

No mais, os distúrbios do sono ainda se fazem presentes, especialmente nas fases peri e pós-menopausais (BLÜMEL *et al.*, 2011), em que os sintomas vasomotores causados pela diminuição dos níveis de estrogênio são responsáveis por episódios de ondas de calor em torno do rosto e região torácica anterior, acompanhadas de sudorese. Tais eventos duram em média três minutos e se intensificam durante a noite, levando a despertares frequentes que determinam a fragmentação e perda da qualidade do sono (KRAVITZ *et al.*, 2003).

Inclusive, em um estudo realizado com 819 mulheres climatéricas em Minas Gerais, identificou-se a perda de qualidade do sono em 67% da amostra. Variáveis como idade avançada, sintomas climatéricos moderados e intensos, ansiedade moderada e grave, depressão moderada/grave e artrite/artrose/reumatismo demonstraram associações estatisticamente significativas com a perda de qualidade do sono (LIMA *et al.*, 2019).

Vale salientar que os sintomas climatéricos parecem ser confundidos com problemas inerentes à idade e percebidos com mais intensidade na presença de doenças. A sintomatologia climatérica sinaliza o início de mudanças que aumentam a vulnerabilidade da mulher a várias doenças, como é o caso da doença arterial coronariana (SILVA & MAMEDE, 2020).

Pela possibilidade de perdas simultâneas, o envelhecimento para a mulher climatérica se associa a um esgotamento de reservas emocionais. A morte de cônjuges e amigos acabam causando prejuízos quanto ao engajamento físico e psicológico da mulher (ARAÚJO & FARO, 2016). Nota-se ainda que o crescimento e a saída de casa dos filhos podem representar grande perda, principalmente para aquelas que dedicaram sua vida inteiramente à família (FREITAS & BARBOSA, 2015). Portanto, o empoderamento feminino pode contribuir melhorando a percepção sobre o climatério, bem como para a importância do cuidado de si (DOUBOVA *et al.*, 2012).

Não obstante, outro sintoma físico presente no climatério que é capaz de influenciar negativamente a qualidade de vida é a alteração na voz, visto que quanto mais a mulher perde a potência da sua voz, maior é a exteriorização do seu estresse, pois há prejuízo em suas relações sociais (BASÍLIO *et al.*, 2016). Por vários anos as campanhas de prevenção e os programas

educativos em saúde voltados para o distúrbio da voz receberam pouca aderência, mesmo dos profissionais que utilizam a voz como principal instrumento de trabalho (MACHADO *et al.*, 2005).

Acerca da incontinência urinária, quando o profissional de saúde intervém desde o pré-natal, realizando ações de prevenção, é possível preservar a musculatura pélvica da mulher, o que mais tardiamente vem a ser um ganho, principalmente no período pós-menopausa, onde esse distúrbio costuma se instalar, devido a queda do hormônio estrogênio, que desempenha importante papel no mecanismo da continência urinária. Destaca-se que essa afecção pode se tornar incapacitante e gerar grande impacto social, econômico, físico e psicológico (DELLÚ *et al.*, 2016).

Outra condição física que pode afetar a qualidade de vida de mulheres em situação de climatério é a osteoporose, caracterizada pela baixa massa óssea que deixa a mulher susceptível a fraturas, causada pela maior reabsorção óssea e do metabolismo lipídico que podem elevar os níveis de colesterol e triglicérides que, por sua vez, aumentam as taxas de LDL e diminuem as de HDL, favorecendo o aparecimento de doenças cardiovasculares, que estão entre as maiores causas de mortalidade em mulheres. Os profissionais da saúde precisam munir-se de conhecimento para identificar os fatores de risco ainda na abordagem primária, pois trata-se de uma doença multifatorial com prevalência crescente na população feminina (COSTA *et al.*, 2016; BRASIL, 2008).

Outro fato digno de nota é que com o avançar da idade, a mulher percebe a modificação em suas características corporais e, ao comparar-se com os padrões sociais de beleza presentes na mídia, surgem inseguranças que podem ser agravadas pelos sintomas climatéricos, como por exemplo, a perda da suspensão e sustentação dos órgãos pélvicos e a baixa lubrificação vaginal, visto que a genitália sofre com o déficit hormonal, que leva à progressiva atrofia da vulva e da vagina (paredes mais finas, com menos elasticidade e menos lubrificadas), podendo causar dispareunia, evitável com o uso de creme/gel lubrificante, disponibilizado inclusive pelo Ministério da Saúde e desconhecido por muitas mulheres (BRASIL, 2016; COELHO *et al.*, 2010).

Estudos demonstram que a intensidade das alterações percebidas no climatério possui ligação com os sentimentos percebidos nas mulheres em relação a ele e também a como a própria mulher vive sua vida. As mulheres que consideram essa fase positiva ou demonstram indiferença, citam a ausência da menstruação, maior apetite sexual e frases que demonstram o empoderamento feminino. Já as mulheres que consideram o climatério como uma fase negativa revelam sentimentos ruins em relação ao climatério, ligados a aparência, a queda de cabelo, ganho de peso e ao fato de sentir-se mais velha perante a sociedade (CURTA & WEISSHEIMER, 2020; PIECHA *et al.*, 2018).

É importante ressaltar que a beleza física, a juventude e a maternidade são elementos de valorização da mulher nos países de culturas ocidentais, cuja perda pode favorecer sentimentos de desvalia, tristeza e até depressão, potencializando o sofrer psíquico. Quando o corpo é cultuado, a juventude é valorizada por diversos meios de comunicação e o padrão estético do belo é incentivado a ser preservado a qualquer preço pela sociedade, cria-se uma imagem assustadora e dolorosa para as mulheres que, supostamente, iniciam a sua trajetória de envelhecimento (SILVA *et al.*, 2015).

Estratégias de Enfrentamento e Tratamento

Verifica-se que todos os sintomas decorrentes da menopausa e do climatério são capazes de alterar a qualidade das relações estabelecidas no trabalho, influenciar o estado de satisfação das mulheres e afetar sua rotina habitual e/ou relações interpessoais. Assim, viver o climatério sem

preparo pode gerar dificuldade para o enfrentamento dos desafios que surgem, comprometer a autoestima, os relacionamentos e a qualidade de vida da mulher (LOMÔNACO *et al.*, 2015).

No entanto, quando são bem orientadas sobre a menopausa, as mulheres podem vivê-la de maneira menos sintomática, principalmente em relação aos sintomas psicológicos (PAIVA *et al.*, 2013). A desinformação, no Brasil, afeta mais as mulheres de baixa renda. Além disso, a baixa ou nenhuma escolaridade e a ausência de procura por serviços de saúde contribuem para incompreensão da menopausa (FERREIRA *et al.*, 2015).

Diversos estudos revelaram que as mulheres têm pouco ou nenhum conhecimento sobre o climatério, sem esclarecimentos inclusive, sobre a definição deste período e algumas ainda desconhecem a existência de tratamento para os sintomas climatéricos (CURTA & WEISSHEIMER, 2020; PIECHA *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018; SILVA & MAMEDE, 2017; MARTÍNEZ-GARDUNO *et al.*, 2016; BRISCHILIARI *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2015).

Entretanto, a literatura revela que as mulheres no climatério têm interesse e disposição para compreender melhor esta etapa. Situação que pode ser explicada a partir da teoria social cognitiva, que menciona que um dos principais determinantes é o conhecimento dos riscos à saúde, o que resulta na participação em comportamentos promotores da saúde (MARTÍNEZ-GARDUNO *et al.*, 2016; BANDURA, 1998). Portanto, destaca-se a orientação como uma importante estratégia para auxiliar as mulheres nesse momento.

Nota-se que o acolhimento, a escuta qualificada, a formação de grupos de apoio e a relação dos profissionais com as usuárias são ferramentas que os profissionais de saúde precisam utilizar nesse contexto. A percepção relatada pelas mulheres acerca das mudanças corporais e emocionais no climatério precisa ser compreendida para que as orientações sejam padronizadas, as intervenções sejam agendadas, como a fisioterapia gerontológica, que já tem revelado bons resultados, e o serviço de saúde seja resolutivo (SANTOS *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Entretanto, além da carência de políticas públicas para a saúde da mulher climatérica e do desconhecimento da variedade de morbidades que pode acometê-las nesse período, verifica-se que há ausência de diretrizes específicas para as mulheres de 45 a 60 anos nas unidades de saúde, já que o atendimento é realizado de modo espontâneo, sem fluxo de agendamento, quando a própria mulher procura o serviço por alguma queixa (GARCIA *et al.*, 2013; VALENÇA & GERMANO, 2010).

Apesar dos princípios da integralidade propostos à saúde da mulher, ainda se registram poucas atividades de promoção da saúde no climatério (SANTOS *et al.*, 2013b). Nas ações de atenção primária, os profissionais relatam que as demandas femininas se iniciam pelos sintomas físicos da menopausa, enquanto a organização do cotidiano das unidades ainda se relaciona muito a aspectos curativos e/ou preventivos, estando limitados ao processo saúde-doença (GARCIA *et al.*, 2013).

Todavia, os profissionais de saúde podem abrir, dentro do serviço de saúde, um espaço exclusivo para mulheres com idade aproximada ao climatério para desmistificar, nesses possíveis encontros, concepções errôneas, preconceituosas e excludentes sobre essa fase, recomendando uma alimentação adequada e a prática de atividade física para a prevenção de sintomas e melhora da qualidade de vida, oferecendo o suporte emocional necessário, apropriando-se da educação em saúde como uma estratégia para desenvolver um novo olhar sobre essa fase, que muitas vezes ainda pode ser agravada com uma doença pré-existente (CURTA & WEISSHEIMER, 2020).

Em relação a Terapia de Reposição Hormonal (TRH), sabe-se que ela é a mais eficaz para melhorar a qualidade e os sintomas da menopausa. Constituída a base de hormônios que são

sintetizados em laboratório e têm efeitos semelhantes aos hormônios produzidos pelo organismo feminino, a TRH é indicada como medida terapêutica para alívio dos sintomas climatéricos, vasomotores, atrofia gênito-urinária, melhora do humor e prevenção da osteoporose, com benefícios consideráveis sobre a qualidade de vida. Entretanto, exerce em concomitância com o alívio dos sintomas climatéricos, múltiplos outros efeitos, muitos dos quais maléficis, sobre órgãos e sistemas do organismo feminino (SILVA & MAMEDE, 2020; MANICA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2016).

Nas últimas décadas, surgiram muitas indagações a respeito dos efeitos colaterais e dos riscos da TRH pois, apesar de constatado que as mulheres que fizeram uso da TRH obtiveram resultados positivos, estudos concluíram que os efeitos nocivos da TRH excedem os benefícios e o fato ocasionou uma diminuição das prescrições médicas, levando as mulheres a buscar terapias alternativas (CURTA & WEISSHEIMER, 2020; PINKERTON & CONSTANTINE, 2016). Alguns dos principais riscos identificados da TRH são os cânceres de mama, cânceres do endométrio, intolerâncias medicamentosas e outras contraindicações (SPG, 2016).

Salienta-se que a decisão de adotar ou não uma terapia deve ser construída entre a equipe de saúde e a paciente individualmente, ressaltando as consequências da redução estrogênica climatérica, os efeitos colaterais e as contraindicações dessas terapias, a fim de estabelecer seu custo benefício (MANICA *et al.*, 2018). Portanto para tal decisão se faz necessário que equipe e paciente estejam orientados e informados sobre o assunto.

Os fitoestrógenos são considerados uma alternativa natural à terapia de reposição hormonal para alívio dos sintomas compostos de derivados de plantas que possuem efeitos estrogênicos (LETHABY *et al.*, 2013). As isoflavonas, por exemplo, são encontradas em grandes concentrações na soja e produtos derivados da soja. A eficácia terapêutica é variável de acordo com a extração, fabricação, composição, dosagem, standardização e absorção (MANICA *et al.*, 2018).

No Brasil, a Anvisa aprova o uso da isoflavonas somente para o tratamento dos sintomas vasomotores (LENTE & VELASQUES, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Seu uso terapêutico está relacionado com a elevação dos níveis de colesterol bom (HDL), diminuição dos níveis de colesterol ruim (LDL), redução na probabilidade de osteoporose e redução do risco de determinados tipos de câncer, como o de mama e próstata (MANICA *et al.*, 2018). Além disso, as isoflavonas ainda possuem atividade antioxidante e associam-se a um menor risco de doenças cardiovasculares e à redução das ondas de calor na menopausa, entre outros (MESSINA, 2016).

A literatura evidencia uma redução significativa na frequência e intensidade das ondas de calor e suores noturnos em mulheres na perimenopausa e na pós-menopausa (LETHABY *et al.*, 2013), além de melhora na qualidade de vida após o consumo das isoflavonas de soja e da redução dos sintomas vasomotores após o consumo de produtos lácteos enriquecidos com isoflavonas de soja (GARCÍA-MARTÍN *et al.*, 2012).

Nessa linha, as isoflavonas de soja ainda são capazes de promover uma diminuição média de 2,5 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 1,5 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD) de mulheres (LIU *et al.*, 2012), provocar diminuição nos níveis de colesterol total e nos níveis de colesterol LDL (YANG *et al.*, 2012), de forma a demonstrar um efeito positivo significativo no sistema cardiovascular, no perfil lipídico e nos sintomas da menopausa, além de preservar a massa óssea em mulheres climatéricas que a consomem regularmente (SALINAS & LÓPEZ-SOBALER, 2017).

Acerca do uso de ômega 3, a literatura já demonstrou que seu suplemento é benéfico para o sistema cardiovascular (YOKOYAMA *et al.*, 2007; HOOPER *et al.*, 2006). Para mulheres no

climatério observa-se que há redução das ondas de calor após quatro meses de tratamento. Este benefício também é encontrado com as isoflavonas de soja após três a quatro semanas e após quatro meses em mulheres com ondas de calor graves. Assim, ambos os tratamentos promovem melhora dos sintomas vasomotores (PALACIOS *et al.*, 2017).

Outra alternativa são os medicamentos homeopáticos, como o *Lachesis trigonocephalus*, *Pulsatilla nigricans* e *Natrum muriaticum*, que são capazes de promover melhora de 34,5% na qualidade de vida e redução significativa nos sintomas psicológicos como humor, irritabilidade, ansiedade, fadiga física e mental (HEINEMANN *et al.*, 2004; MANDUJANO *et al.*, 2019).

Além de reduzir significativamente os sintomas do climatério, medicamentos homeopáticos trazem benefícios para a paciente com prescrição individualizada e é uma boa opção no tratamento do climatério para mulheres que não desejam fazer uso de terapia de reposição hormonal pelos conhecidos inconvenientes (MANDUJANO *et al.*, 2019).

A literatura ainda aponta que a prática de atividade física é de suma importância para a mulher climatérica, pois exerce efeito benéfico na qualidade de vida e na prevenção de diversas patologias, além de diminuir significativamente a sintomatologia climatérica.

No que tange a qualidade de vida, a atividade física é um recurso terapêutico valioso que deveria ser mais explorado, pois sabe-se que em mulheres fisicamente ativas os sintomas climatéricos se mostram significativamente menos severos, o que reforça o papel positivo do exercício físico no climatério (TAIROVA & DE LORENZI, 2011). Estudos apontam que mulheres sedentárias têm maior chance de apresentar sintomas quando comparadas àquelas que relatam prática de exercícios físicos numa frequência superior a três vezes por semana, o que enfatiza a importância da adoção de uma prática de atividade física regular na fase após a menopausa (SILVEIRA *et al.*, 2007).

A atividade física regular deveria ser vista pelas mulheres climatéricas como um poderoso aliado, principalmente após os 40 anos de idade, pois, devido às alterações que o organismo sofre no climatério, a obesidade tornou-se um sério agravo à saúde da mulher, visto que representa um importante fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, problemas respiratórios, diabetes mellitus, dislipidemias e neoplasias, impactando significativamente na mortalidade das mulheres acometidas (FONSECA *et al.*, 2018).

Além disso, a atividade física melhora o perfil lipídico, a gordura corporal e aumenta a densidade mineral óssea, além de normalizar a pressão arterial, contribuindo assim para uma menor incidência de comorbidades ósseas e cardiovasculares. Ainda há melhora na imagem corporal da mulher, o que aumenta a sua autoestima e, como consequência, a disponibilidade para o exercício afetivo-sexual (DE LORENZI *et al.*, 2009).

Vale salientar o papel essencial dos familiares e da sociedade como rede de apoio para vivência desse ciclo, repleto de mudanças e inseguranças, pois podem influenciar na forma como as mulheres vivenciam o climatério. No âmbito familiar, o carinho, a afetividade e a relação de identidade são essenciais para o enfrentamento do estresse, e as experiências compartilhadas pelas mulheres mais velhas da família amenizam a ansiedade trazida pelas expectativas acerca do novo (YANG *et al.*, 2016). Entretanto, a falta de escuta por parte dos cônjuges pode causar conflitos.

Nessa esteira, torna-se vital o incentivo à participação masculina no processo de cuidado das mulheres climatéricas, seja em uma consulta ou em atividades educativas que abordem a temática do climatério, a fim de atender às demandas decorrentes dessa fase multifacetada da vida da mulher,

visto que esta fase pode representar momento de amadurecimento, liberdade e de novas descobertas, remetendo à possibilidade de melhoria e renovação da vida sexual (CARVALHO *et al.*, 2018).

A literatura revela que os homens possuem dificuldade em verbalizar questões relativas ao climatério, com respostas sempre pontuais, o que pode demonstrar certo incômodo por reconhecer que as companheiras precisam de apoio, sem saber ao certo qual conduta exercer para ajudá-las (LEITE *et al.*, 2013). Os parceiros que melhor compreendem suas esposas sobre as mudanças ocorridas na menopausa conseguem oferecer o suporte emocional necessário para melhorar a qualidade de suas relações conjugais (RODOLPHO *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Faz-se necessária a implementação de medidas que ofereçam a mulher dentro do sistema de saúde, conhecimento e orientação para que ela possa encarar esse período de maneira positiva e ingressar de maneira instruída, com mais confiança, vivenciando-o com qualidade de vida.

Compreende-se porque essa fase da vida da mulher é vista com negatividade, tanto para aquelas que ainda não chegaram a ela, quanto para as que a estão vivenciando, pois, a falta de informação e de assistência em saúde é percebida na maioria dos trabalhos analisados.

Dessa forma, estudos que investigam a mulher climatérica em diferentes contextos tornam-se extremamente relevantes para a literatura nacional e para a evolução do cuidado em saúde da mulher, pois além de explanarem informações fisiológicas importantes sobre esse período, podem divulgar intervenções eficazes que podem ser aplicadas e que promovam uma melhor qualidade de vida a mulher climatérica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, C.L.O. & FARO, A.C.M. Estudio sobre la resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil. *Enfermería Global*, v. 15, p. 63, 2016.
- ASSUNÇÃO, D.F.S. *et al.* Qualidade de vida de mulheres climatéricas. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 15, p. 80, 2017.
- BANDEIRA, V.A.C. *et al.* Fatores associados ao uso de antidepressivos por mulheres no climatério. *Anais do Salão do Conhecimento. XXI Jornada de Pesquisa – Ciências da Saúde, Ujuí, 2016.* Disponível em: <<https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/6914/5681>>. Acesso em: 03 nov. 2020.
- BANDURA, A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, v. 13, p. 623, 1998.
- BARDEL, A. *et al.* Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: A population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 53, p. 637, 2000.
- BASÍLIO, B.N. *et al.* Vocal self-assessment of women in menopause. *Revista CEFAC*. v. 18, p. 649, 2016.
- BERLEZI, E.M. *et al.* Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, p. 273, 2013.
- BLÜMEL, J.E. *et al.* A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause*, v. 18, p. 778, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.* Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de atenção à mulher no climatério/ menopausa.* Brasília, DF; 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2020.
- BRISCHILIARI, S.C.R. *et al.* Papanicolau na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p. 1976, 2012.
- CARDOSO, M.R. & CAMARGO, M.J.G. Percepções sobre as mudanças nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais de mulheres no climatério. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 23, p. 353, 2015.
- CARVALHO, M.L. *et al.* Influências do climatério em relacionamentos conjugais: perspectiva de gênero. *Revista Rene*, v. 19, e32617, 2018.
- CASTELO, B.C. *et al.* Age at menopause in Latin América. *Menopause*, v. 13, p. 706, 2006.
- COELHO, D.N.P. *et al.* Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. *Revista Rene*, v. 11, p. 163, 2010.
- CONTE, F.A. *et al.* Avaliação subclínica de marcadores cardiovasculares e da alimentação de mulheres. *Revista de Enfermagem da UFPE*, v. 14, e244281, 2020.
- COSTA, A.L.D. *et al.* Osteoporosis in primary care: an opportunity to approach risk factors. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 56, p. 111, 2016.
- CRUZ, E.F. *et al.* Sintomas climatéricos e disfunção sexual: associação entre o índice de Blatt-Kupperman e o índice de função sexual feminina. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 39, p. 66, 2017.
- CURTA, J.C. & WEISSHEIMER, A.M. Percepções e sentimentos sobre as alterações corporais de mulheres climatéricas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, e20190198, 2020.
- DAVIS, H. *How to Review a Paper: A guide for newcomers and a refresher for the experienced, 2007.* Disponível em: <https://www.uni-kassel.de/eecs/fileadmin/datas/fb16/Fachgebiete/VS/Documents/HowToReviewAPaper.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2020.

- DE LORENZI, D.R.S. *et al.* Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, p. 287, 2009.
- DELLÚ, M.C. *et al.* Prevalence and factors associated with urinary incontinence in climacteric. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 62, p. 441, 2016.
- DOUBOVA, S.V. *et al.* Toward healthy aging through empowering self-care during the climacteric stage. *Climacteric*, v. 15, p. 563, 2012.
- FERREIRA, I.C.C. *et al.* Menopausa, Sinais e Sintomas e seus Aspectos Psicológicos em Mulheres sem Uso de Reposição Hormonal. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, v. 19, p. 60, 2015.
- FIGUEIREDO, J. *et al.* A influência dos sintomas climatéricos na saúde da mulher. *Revista Nursing*, v. 23, p. 3996, 2020.
- FONSECA, J.R. *et al.* Índice de Masa Corporal y factores asociados en mujeres climatéricas. *Enfermería Global*, v. 17, p. 1, 2018.
- FREEMAN, E.W. & SHERIF, K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: A systematic review. *Climacteric*, v. 10, p. 197, 2007.
- FREITAS, E.R. & BARBOSA, A.J.G. Qualidade de vida e bem-estar psicológico no climatério. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 67, p. 112, 2015.
- GARCIA, N.K. *et al.* Ações de atenção primária dirigidas às mulheres de 45 a 60 anos de idade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, p. 713, 2013.
- GARCÍA-MARTÍN, A. *et al.* Efecto de un preparado lácteo con isoflavonas de la soja sobre la calidad de vida y el metabolismo óseo en mujeres posmenopáusicas: estudio aleatorizado. *Medicina Clínica*, v. 138, p. 47, 2012.
- GARCIAS, C.M.M. *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 1565, 2008.
- HEINEMANN, K. *et al.* The Menopause Rating Scale (MRS): A methodological review. *Health and Quality Life Outcomes*, v. 2, p. 2, 2004.
- HOOPEL, L. *et al.* Risks and benefits of omega 3 fats for mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review. *BMJ*, v. 332, p. 752, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [Internet]. Agência de Notícias IBGE. Rio de Janeiro, 2017-2018. Em 2016, expectativa de vida era de 75,8 anos. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18470-em-2016-expectativa-de-vida-era-de-75-8-anos>.>. Acesso em: 04 nov. 2020.
- KELLY, B. Menopause as a social and cultural construction. *Xavier University of Louisiana's Undergraduate Research Journal*, v. 8, p. 29, 2011.
- KRAVITZ, H.M. *et al.* Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause*, v. 10, p. 19, 2003.
- LEITE, M.T. *et al.* O homem também fala: o climatério feminino na ótica masculina. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, p. 344, 2013.
- LENTE, C.L. & VELASQUES, L.F.L. Efeitos da terapia hormonal na menopausa: Revisão de literatura. *Biosaúde*, v. 17, p. 74, 2015.
- LETHABY, A. *et al.* Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 12, CD001395, 2013.
- LIMA, A.M. *et al.* Perda de qualidade do sono e fatores associados em mulheres climatéricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2667, 2019.
- LIMA, L.F. *et al.* Perfil do consumo alimentar e da relação cálcio/proteína de mulheres no climatério. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, v. 36, p. 55, 2016.
- LIU, X.X. *et al.* Effect of soy isoflavones on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, v. 22, p. 463, 2012.

- LOCKHART, P. & GUTHRIE, B. Trends in primary care antidepressant prescribing 1995- 2007: a longitudinal population database analysis. *British Journal of General Practice*, v. 61, p. 565, 2011.
- LOMÔNACO, C. *et al.* O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. *Reprodução & Climatério*, v. 30, p. 58, 2015.
- MACHADO, M.A.M.P. *et al.* The meanings attributed to the voice by menopause women. *Revista de Saúde Pública*. (Online), v. 39, p. 261, 2005.
- MANDUJANO, M.E.R. *et al.* Evaluación del Tratamiento Homeopático de Mujeres en Climaterio entre los 45 y 60 años con la Menopause Rating Scale (MRS). *Homeopatia Méx*, v. 88, p. 28, 2019.
- MANICA, J. *et al.* Efeitos das terapias na menopausa: uma revisão narrativa da literatura, São Paulo, Brasil. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 7, p. 82, 2018.
- MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. *Fundamentos de Metodologia Científica*. [livro eletrônico]. 5 ed. São Paulo: Atlas; 2003. Disponível em: https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india. Acesso em: 05 jun. 2020.
- MARTÍNEZ-GARDUNO, M.D. *et al.* Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. *Enfermería Universitaria*, v. 13, p. 142, 2016.
- MESSINA, M. Soy and Health Update: Evaluation of the Clinical and Epidemiologic Literature. *Nutrients*, v. 8, E754, 2016.
- NASCIMENTO, R.G. *et al.* Fisioterapia gerontológica na atenção primária à saúde: uma experiência na região norte. *Ciência & saúde*, v. 6, p. 222, 2013.
- NOIA, A.S. *et al.* Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 46, p. 38, 2012.
- OLIVEIRA, J. *et al.* Padrão hormonal feminino: menopausa e terapia de reposição. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, v. 48, p. 198, 2016.
- PAIVA, E.R. *et al.* Climateric manifestations most frequent among women of a family health unit. *Revista de Enfermagem UFPE online*, v. 7, p. 6430, 2013.
- PALACIOS, S. *et al.* Omega-3 versus isoflavones in the control of vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Gynecological Endocrinology*, v. 33, p. 951, 2017.
- PEIXOTO, L.N. *et al.* Perfil e intensidade de sintomas de mulheres no climatério avaliadas em unidades básicas de saúde de Presidente Prudente. *Colloquium Vitae*, v. 7, p. 85, 2015.
- PIECHA, V.H. *et al.* Percepções de mulheres acerca do climatério. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, v. 10, p. 906, 2018.
- PINKERTON, J.V. & CONSTANTINE, G.D. Compounded non-FDA-approved menopausal hormone therapy prescriptions have increased: results of a pharmacy survey. *Menopause*, v. 23, p. 359, 2016.
- QUEIROZ NETTO, M.U. *et al.* Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. *Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada*, v. 33, p. 77, 2012.
- RODOLPHO, J.R.C. *et al.* Men's perceptions and attitudes toward their wives experiencing menopause. *J. Women Aging*, v. 28, p. 322, 2016.
- SÁ, R.M.M. *et al.* Os efeitos do climatério na Saúde da mulher: uma revisão bibliográfica. *Anais do VIII Congresso Paraibano em Saúde da Mulher*, v. 2. Cajazeiras – PB: IDEIA – Inst. De Desen. Educ. Interd. e Aprendizagem, 2020.
- SALINAS, C.M. & LÓPEZ-SOBALER, A.M. Beneficios de la soja en la salud femenina. *Nutrición Hospitalaria*, v. 34, p. 36, 2017.
- SALLES, L.F. & SILVA, M.J.P. A identificação da ansiedade por meio da análise da íris: uma possibilidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, p. 26, 2012.
- SANTOS, A.A.S. *et al.* Percepção das mulheres no município de Paulo Afonso, na Bahia, sobre as mudanças corporais e emocionais no período do climatério. *Estação Científica (UNIFAP)*, v. 6, p. 91, 2016.

- SANTOS, D.A.M. *et al.* Prevalência de isquemia miocárdica na cintilografia em mulheres nos períodos pré/pós-menopausa. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 101, p. 487, 2013a.
- SANTOS, J.S. *et al.* Influências das famílias no cuidado às mulheres climatéricas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, p. 215, 2013b.
- SCHNEIDER, H.P.G. & BIRKHÄUSER, M. Quality of life in climacteric women. *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*, v. 20, p. 187, 2017b.
- SILVA, C.B.D.A *et al.* Atuação de enfermeiros na atenção às mulheres no climatério. *Revista de Enfermagem da UFPE*, v. 9, p. 312, 2015.
- SILVA, L.D.C. & MAMEDE, M.V. Desvelando os sentidos e significados do climatério em mulheres coronarianas. *Ciência, cuidado e saúde (Impresso)*, v. 16, p. 1, 2017.
- SILVA, L.D.C. & MAMEDE, M.V. Prevalência e intensidade de sintomas climatéricos. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, v. 12, p. 305, 2020.
- SILVEIRA, I.L. *et al.* Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 29, p. 415, 2007.
- SOARES, G.R.S. *et al.* O conhecimento produzido acerca de climatério, família e envelhecimento. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 26, e32588, 2018.
- SPG: Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Consenso nacional sobre menopausa. Coimbra, 2016. Disponível em: <http://www.spgginecologia.pt/consensos/consenso-nacional-sobre-menopausa-2016.html>>. Acesso em: 04. nov. 2020
- TAIROVA, O.S. & DE LORENZI, D.R.S. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, v. 14, p. 135, 2011.
- VALENÇA, C.N. & GERMANO, R.M. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. *Revista Rene*, v. 11, p. 161, 2010.
- VIEIRA, T.M.M *et al.* Vivenciando o climatério: percepções e vivências de mulheres atendidas na atenção básica. *Enfermagem em Foco*, v. 9, p. 40, 2018.
- VOOGDT-PRUIS, H.R. *et al.* Quality improvement of nurse-led aftercare to outpatients with coronary heart disease: report of a case study. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 24, p. 286, 2012.
- YANG, C.F. *et al.* Sex life and role identity in Taiwanese women during menopause: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, v. 72, p. 770, 2016.
- YANG, T.S. *et al.* Effects of standardized phytoestrogen on Taiwanese menopausal women. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 51, p. 229, 2012.
- YOKOYAMA, M. *et al.* Effects of eicosapentaenoic acid on major coronary events in hypercholesterolaemic patients (JELIS): A Randomised open-label, blinded endpoint analysis. *Lancet*, v. 369, p. 1090, 2007.

49

A IMPORTÂNCIA DA OCITOCINA FISIOLÓGICA PARA O PARTO

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina, PI.

² Acadêmico do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA, Teresina, PI.

³ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Pitágoras – ICF, Teresina, PI.

⁴ Acadêmico do Curso de Enfermagem do centro universitário UNIFACID-WYDEN, Teresina, PI.

⁵ Enfermeiro pelo Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA, Teresina, PI.

⁶ Enfermeiro Residente em enfermagem obstétrica pela Universidade Federal do Piauí-UFPI, Teresina, PI.

AUTORES

ELLEN EDUARDA SANTOS RIBEIRO¹

MARIA PAULA MACÊDO BRITO¹

MAYRLA KAREN RODRIGUES MESQUITA¹

PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA¹

JOÃO VICTOR DE CASTRO LIMA²

EMANUEL LOUREIRO LIMA²

EVERLANE MARQUES DA SILVA²

TATIANE CARVALHO DA SILVA BRANDÃO²

ANA CLARA MONTEIRO IBIAPINA³

CAMYLLA BRUNA MEDINA LIMA³

RENAN RODRIGUES FERREIRA LIMA⁴

JOÃO ALEXANDRE DA SILVA NETO⁵

GUILHERME GOMES CARVALHO⁶

Palavras-chave: Ocitocina, Parto Humanizado, Gravidez.

INTRODUÇÃO

O princípio básico que fundamenta a vertente da humanização do parto é de que o corpo feminino é naturalmente preparado para dar à luz, cada organismo experiencia um processo único e individual, sem necessitar de qualquer intervenção na maioria das vezes. A ocitocina é um hormônio produzido no hipotálamo e armazenado no neuro-hipófise, sendo dirigida a alguns órgãos a fim de exercer sua função. A liberada de sua secreção é através de estímulos sensoriais que são originados do colo uterino quando a mulher entra em trabalho de parto (SANTOS *et al.*, 2019).

A função somática e psíquica da ocitocina caracteriza o novo parto humanizado, que traz o termo “virada corporal”, como se tratando do surgimento de um *self* somático, isto é, a percepção do corpo como indispensável para a experiência do “eu”, o que torna obsoletas as antigas dicotomias da medicina hegemônica medicalocêntrica, tais como corpo e alma (RUSSO & NUCCI, 2020). A

forma como é tratado o corpo da parturiente implica diretamente na forma como ela vai sentir todo o processo de parturição.

Outra característica do movimento de humanização é a busca por uma legitimação científica acerca das práticas da assistência tradicional, fundamentada na medicina baseada em evidências. Exemplo disto é o uso de pesquisas em torno do hormônio ocitocina, que é liberado fisiologicamente pelo corpo feminino durante o parto e amamentação, mas tem sido utilizado em sua forma sintética, resultado de dura tecnologia de laboratórios e introduzido no corpo da parturiente rotineiramente, contribuindo ao cenário de hospitalização e medicalização (RUSSO & NUCCI, 2020).

A ocitocina artificial purificada surgiu em meados da década de 1950 e levantou pesquisas sobre as contrações (tempo, intensidade) consideradas normais, para supostamente corrigir distúrbios da atividade motora uterina. No entanto, surge concomitantemente à vertente intervencionista ao parto com o objetivo de acelerar e abreviar o sofrimento da parturiente. Porém, a prática de induzir este hormônio sintético vem acompanhado de muitas outras intervenções, tais como analgesia, uma vez que a indução aumenta a dor, manobra de Kristeller, lavagem intestinal, tricotomia e amniotomia, além da contínua monitorização materno e fetal e constante da dilatação do colo, com toques sucessivos (NUCCI *et al.*, 2018). uma alternativa farmacológica

A ocitocina é uma alternativa farmacológica utilizada para indução e condução do trabalho de parto, mas seu uso requer uma avaliação cautelosa, pois pode trazer tanto benefícios, quanto pode também acarretar consequências para a mãe e para o bebê se utilizada de modo indiscriminado (SCHINCAGLIA *et al.*, 2017). Para o parto ocorrer de forma fisiológica, este hormônio é secretado de maneira equilibrada para que a mulher possa contrair o útero e alcance a dilatação adequada, e assim, o parto possa fluir naturalmente. O aumento da ocitocina na circulação sanguínea materna é encontrado durante o segundo estágio do parto, onde atinge a dilatação completa do colo uterino e a consequente a expulsão do bebê. Este hormônio é liberado de forma totalmente natural e fisiológica durante todo o manejo do parto, isso mostra que o corpo da gestante é capaz de produzir a ocitocina endógena de forma natural e que não é necessário utilizar a forma exógena (SANTOS *et al.*, 2019).

As inúmeras aplicações da ocitocina fisiológica no corpo, tais como no prazer sexual e na regulação de emoções e o entendimento do *self* somático, somadas às complicações que a ocitocina sintética pode acarretar para o binômio mãe-filho e os diversos procedimentos atrelados a esta, faz refletir-se sobre o uso indiscriminado dos ocitócicos e a importância de estudos que afirmem o papel da ocitocina fisiológica para o parto, que se faz respeitando o tempo de cada nascituro.

O objetivo deste estudo foi analisar, por meio de evidências científicas, a importância da ocitocina fisiológica no trabalho de parto com o intuito de promover a humanização do nascimento e no processo de parturição.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão de integrativa de abordagem qualitativa. Para realização da pesquisa, o estudo teve como questão norteador “Qual a importância da ocitocina fisiológica para o parto?”. A partir da elaboração do problema, foi realizada uma busca inicial, no período de setembro a outubro de 2020, de publicações na biblioteca eletrônica *Science Direct*, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e nas bases de dados da *Medical Literature Analyses and*

Retrieval System online (MEDLINE) via PubMed, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

A busca foi realizada utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (MESH) utilizando os termos “Ocitocina”, “Gravidez” e “Parto Humanizado” com o operador booleano “AND”, sendo encontrados 30 artigos.

Os critérios de inclusão foram textos completos e gratuitos com idioma português, espanhol e inglês, e sem recorte temporal. Os critérios de exclusão foram artigos repetidos ou que não se adequavam ao objetivo do trabalho ou não tinham acesso gratuito, foram também excluídos os artigos de revisão. Após leitura do resumo e a análise do texto, foram escolhidos apenas quatro por contemplarem os resultados e o objetivo proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos textos selecionados, o trabalho dividiu-se em duas categorias: “parto humanizado e a ocitocina” e o “uso da ocitocina na indução do parto”.

Parto Humanizado e a ocitocina

A Rede Cegonha surgiu como uma rede de atenção que visa garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como ao filho o direito a um seguro nascimento, crescimento saudável e desenvolvimento. Ademais, é necessário que a assistência obstétrica respeite a fisiologia do parto e o papel da mulher nesse processo, por meio de práticas baseadas em evidências científicas para desconstruir o modelo tecnocrático que valoriza o uso de condutas invasivas desnecessárias e prejudiciais (RESENDE *et al.*, 2020). O parto constitui uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para quem dela participa, sob a significativa influência da equipe de saúde que apoia à parturiente (SCHINCAGLIA *et al.*, 2017).

Partindo dessa premissa, o parto, a humanização e a ocitocina constituem fatores, cuja relação precisa ser considerada em prol da paciente e do conceito. O parto representa a iminência da chegada do conceito, onde a ansiedade pela dor, tipo de parto e pela saúde do filho estão muito presentes na vida da gestante. A informação do que ocorre nesse período diminui o medo e influencia positivamente as ações da parturiente durante o parto (BRITO *et al.*, 2015). Além disso, o parto produz alterações fisiológicas no organismo da mulher a partir da liberação de hormônios, como a ocitocina, que auxiliam no aumento da excitabilidade uterina, até que ocorram contrações rítmicas tão fortes que resultem na expulsão do feto (SCHINCAGLIA *et al.*, 2017).

Entretanto, mesmo com o conhecimento adquirido no período gestacional, o ambiente hospitalar pode influenciar negativamente no parto, como excesso de ruídos, iluminação excessiva e falta de privacidade, podendo gerar estresse e tensão na parturiente. Com base nisso, pode haver o estímulo neocortical do cérebro e, assim, a inibição da secreção de ocitocina, comprometendo a contração uterina (GUIDA *et al.*, 2013). Portanto, o parto humanizado é exatamente a ideia de uma natureza feminina, a partir da qual o corpo da mulher é visto como naturalmente preparado para dar à luz, bastando para isso deixar que o organismo siga seus processos sem qualquer intervenção. Do mesmo modo, a ocitocina liberada no decorrer do parto (e depois, durante a amamentação) é

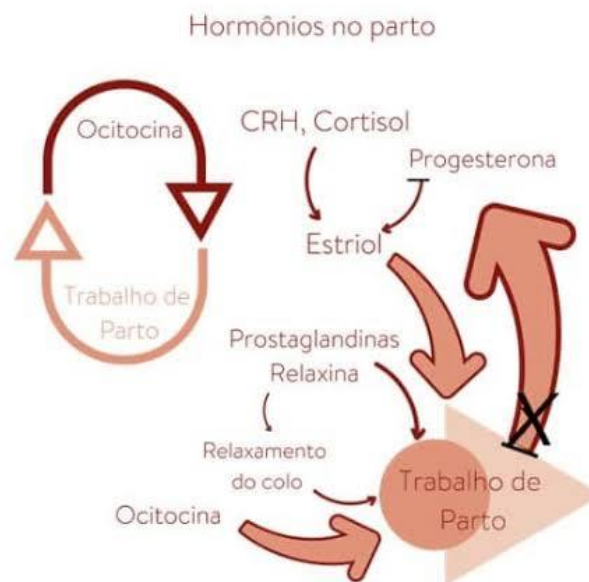
responsável pelo intenso laço afetivo que rapidamente se constitui entre a mãe e seu bebê (RUSSO *et al.*, 2019).

Além disso, a experiência física do parto, propriamente (conjugado à posterior amamentação exclusiva e sob livre demanda, com a consequente liberação da ocitocina natural), é imprescindível para o estabelecimento de um elo afetivo e moral, por ser fundamentado na biologia, na materialidade do corpo. Quem faz a conexão entre o afetivo/moral e o material/biológico é a ocitocina (RUSSO *et al.*, 2019).

O uso da Ocitocina na Indução do Parto

A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e é armazenado na neurohipófise. Sua principal função (Figura 1) é promover as contrações musculares uterinas de forma ritmada, reduzir o sangramento durante o parto, pós-parto e aborto, estimular a liberação do leite materno e estreitar o vínculo afetivo entre mãe e filho (SANTOS *et al.*, 2019).

Figura 1. Mecanismo da Ocitocina no trabalho de parto



Fonte: Internet, 2020

Liberado pelo organismo feminino durante o parto e a amamentação, este hormônio tornou-se um ator particularmente relevante nesse modo de articulação entre ciência (ou cultura) e natureza. Conhecido popularmente como “hormônio do amor” é visto como responsável não apenas pelo desenrolar natural do parto, mas também pelo intenso vínculo afetivo que se estabelece imediatamente (e naturalmente) entre a mãe e o bebê que nasce (RUSSO & NUCCI, 2020).

Entretanto, a ocitocina pode ser utilizada como uma intervenção desnecessária na maioria das vezes no âmbito hospitalar, como substância artificial introduzida no corpo da parturiente. Ao infundir por via intravenosa a solução concentrada deste medicamento, com o intuito de prover contrações uterinas da mesma forma que a ocitocina natural, este corrobora com a aceleração do parto, o aumento da dor e, em consequência disto, o aumento do uso de anestésicos (NUCCI *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

Humanização é respeitar a necessidade do ser humano e propiciar uma assistência qualificada e integral. Diante disso, o efeito da fisiologia do parto e a liberação da ocitocina endógena no trabalho de parto favorecem um trabalho de parto ativo e que favorecem a ligação do binômio mãe-filho. Além disso, os profissionais de saúde devem buscar mais conhecimentos sobre a fisiologia do parto e entender a relação do hormônio ocitocina em relação aos benefícios a mulher e ao bebê. O parto é uma questão de poder. É uma prova de que a fisiologia natural do parto comportaria o prazer, e não a dor. O ideal é que o parto seja estimulado de forma natural, ou seja, pela ocitocina produzida pelo próprio organismo da mulher.

As limitações desta revisão surgiram após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão adotados pelos autores onde foi encontrado um pequeno número de estudos que abordassem os benefícios e a importância da ocitocina fisiológica para o parto. Portanto, é imprescindível que haja a realização de novos estudos que contemplem essa temática e assim venha a enriquecer cada vez mais os profissionais de saúde em conhecimento, e contribuir para melhorar o atendimento às mulheres na hora do parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRITO, C.A. *et al.* Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. *Revista Rene*, v. 16, p. 470, 2015.

Como acontece o parto: o papel dos hormônios. Acesso em: 20 de nov. de 2020. Disponível em <https://meuparto.com/blog-saudavel/como-acontece-o-parto-o-papel-dos-hormonios>

GUIDA, N.F.B. *et al.* O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, p. 524, 2013.

NUCCI, M. *et al.* Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, p. 979, 2018.

RESENDE, M.T.S. *et al.* Perfil da assistência ao parto em uma maternidade pública. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, p. 863, 2020.

RUSSO, J.A. & NUCCI, M.F. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, e180390, 2020.

RUSSO, J. *et al.* Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana – Estudos de Antropologia Social*, v. 25, p. 519, 2019.

SANTOS, K.L.A. *et al.* Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões materno-fetais. *Gep News*, v. 3, p. 16, 2019.

SCHINCAGLIA, C.Y. *et al.* As consequências do uso de ocitócitos durante o parto. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem*, v. 7, p. 75, 2017.

/.

50

ATUALIZAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO

FILIAÇÃO

- ¹ Centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL), Maceió, AL.
- ² Médica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
- ³ Mestranda pela Universidade Estadual de Ciências de Saúde de Alagoas (UNCISAL).
- ⁴ Docente no Centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL).

AUTORES

JOÃO MARCOS DA CUNHA SANTOS JÚNIOR¹
ALOISIO SANTOS NETO¹
MYRELE VIEIRA SANTOS¹
NATÁLIA QUIROGA REBOUÇAS¹
MARCOS DA SILVA GOMES JÚNIOR¹
EDILMARRY FREITAS FARIAS CARVALHO¹
WESLEY VINICIUS TENÓRIO DE ARAÚJO¹
IZABEL CRISTINA BARBOSA FERNANDES¹
LARISSA MARIA PRADO COELHO¹
ISA MARCELA COSTA SUZART¹
MARCELA CAVALCANTE DA TRINDADE¹
MARIA LUIZA CAMARGO MACHADO DE SOUZA¹
ELIZABETH BACHA^{2,3,4}

Palavras-chave: Síndrome do Ovário Policístico; Tratamento; Atualizações.

INTRODUÇÃO

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é um distúrbio endócrino complexo que afeta de 5% a 10% das mulheres em idade reprodutiva (MARCINIAK *et al.*, 2018). Sua etiologia ainda permanece uma incógnita, com vários fatores envolvidos na sua gênese. Caracteristicamente ocorre uma hipersecreção do hormônio luteinizante (LH), acarretando em produção aumentada de androgênios, principalmente testosterona. Daí as principais características clínicas dessa síndrome: hiperandrogenismo, com diferentes graus de manifestação clínica, e a anovulação crônica. Mulheres portadoras de SOP parecem apresentar maior resistência à insulina que por possuir ação sinérgica ao LH termina por estimular a produção de androgênios (STRACQUADANIO *et al.*, 2018).

A primeira linha de tratamento da SOP é a mudança de estilo de vida e perda de peso. A perda de apenas 5% da massa corporal já aumenta a frequência das ovulações, as chances de gravidez e melhora o perfil hormonal. Porém, usualmente recorre-se ao tratamento medicamentoso, seja pela falha do primeiro, seja como potencializador nas melhoras obtidas. É importante ressaltar que o tratamento deve ser sempre personalizado e adaptado às reais necessidades da paciente. O tratamento medicamentoso pode incluir medicamentos que melhoram a sensibilidade à insulina, melhoram a taxa de ovulação ou diminuem os efeitos androgênicos.

O objetivo do estudo foi entender e informar sobre as atualizações no tratamento medicamentoso da SOP.

MÉTODO

Para a construção deste capítulo foi realizada uma detalhada pesquisa nas bases de dados do PubMed e SciELO. Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) foram: “Polycystic Ovary Syndrome”; “Therapeutic treatment”; “Drug therapy” usando-se o operador booleano “AND”. Foram selecionados artigos dos anos 2017 até 2020, sendo encontrados 252 artigos. Excluídos os artigos de revisão e os de publicação anterior ao período selecionado (por se tratar de atualidades), os que se referiam a animais e os repetidos resultaram 22 artigos, que foram cuidadosamente estudados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Medicamentos que melhoram a sensibilidade à insulina

Metformina

Os medicamentos que melhoram a sensibilidade à insulina constituem uma contribuição importante no tratamento de mulheres obesas com SOP. A metformina é o mais amplamente investigado sensibilizador de insulina. Em uma coorte prospectiva (24 meses, 119 pacientes), Yang *et al.* (2018) observaram que mesmo em mulheres magras com SOP, a metformina reduziu os níveis de LH, enquanto reduções na resistência à insulina são observadas especialmente em mulheres obesas.

Metformina e anel vaginal contraceptivo

Segundo estudo de Morotti *et al.* (2019) em pacientes hiperinsulinêmicas com SOP que se encontram com sobrepeso ou obesidade classe I, o tratamento combinado com anel vaginal contraceptivo mais metformina foi associado a melhorias no peso, metabolismo de carboidratos e lipídeos, sugerindo um possível efeito protetor cardiovascular de tal tratamento em comparação com o anel vaginal sozinho.

Metformina e Pioglitazona

Ali *et al.* (2019), em estudo randomizado de dois braços, conclui que a terapia combinada da metformina e pioglitazona podem influenciar os níveis de IL-6 e IL-8 e melhorar o estado de inflamação crônica em mulheres com SOP, mais do que a metformina utilizada sozinha. Dentro dessa perspectiva, a pioglitazona em combinação com metformina pode ser uma nova alternativa para uso em mulheres com SOP, proporcionando melhora no metabolismo e possivelmente prevenindo o desenvolvimento de diabetes e problemas cardiovasculares.

Metformina e L-carnitina

A L-carnitina, a forma biologicamente ativa da carnitina, promove a passagem de ramos de ácido graxo para o interior da mitocôndria onde estes são oxidados, podendo assim reverter a resistência à insulina em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e obesidade. El Sharkwy *et al.* (2019), concluiu em seus estudos que a associação de L-carnitina à metformina é mais benéfico do que a metformina sozinha em termos de melhoras na taxa de ovulação, taxa de gravidez, resistência à insulina, regulação menstrual e perfil lipídico. Portanto, segundo esses autores, esta combinação sinérgica pode ser considerada como uma primeira linha no tratamento de mulheres obesas com SOP.

Metformina e GLP-1

O peptídeo 1 semelhante ao glucagon (GLP-1) é um peptídeo-hormônio produzido pelas células L intestinais que promove a secreção de insulina. Han *et al.* (2019) em uma metanálise que incluiu oito estudos, comprova que metformina e GLP-1 aumentaram a sensibilidade à insulina e melhoraram a resistência à insulina em pacientes com SOP, com o último demonstrando maior eficácia, além de que reduziram o peso corporal, o que melhora a resistência à insulina, reduz a concentração de andrógeno, restaura o ciclo menstrual e induz a ovulação. Ademais, o GLP-1 liga-se em várias regiões do hipotálamo para inibir o apetite, aumentando a sensação de saciedade e reduzindo a ingestão de alimentos.

Inositol

O Inositol, encontrado como Mio-Inositol (MI) e D-qui-ro-inositol (DCI) está relacionado com a captação de glicose celular melhorando a sensibilidade à insulina, além de inibir a adenilato ciclase, reduzindo a liberação de ácidos graxos livres no tecido adiposo, diminuindo os triglicerídeos e melhorando a ovulação.

Segundo Zeng & Yang (2017), o MI não seria capaz de reverter o quadro de hiperandrogenismo da SOP, entretanto é recomendado seu uso, por melhorar a resistência à insulina e por aliviar os efeitos causados pela queda de estrogênio na SOP. Januszewski *et al.* (2019) constataram que apenas a associação de MI + DCI foi capaz de melhorar a qualidade do oócito e das chances de gravidez, quando comparada com seus usos de formas separadas.

Mio-inositol (MI) e ácido alfa-lipoico (ALA)

Em pacientes suscetíveis ao diabetes, o uso de Ácido Alfa-Lipoico (ALA) resultou na diminuição da resistência à insulina, enquanto os níveis de LH não se alteraram. Entretanto, quando usado MI associado ao ALA, resultados apontaram uma melhora no parâmetro metabólico, nos níveis de LH e na resposta à insulina. Dessarte, essa associação revela-se bastante eficaz, especialmente em pacientes que possuem predisposição à diabetes ou em pacientes que se encontram no quadro de obesidade (GENAZZANI *et al.*, 2019).

D-qui-ro-ino-si-tol (DCI) e á-ci-do al-fa-lipo-i-co (ALA)

A administração de DCI associado ao ALA, além de melhorar o índice de massa corporal (IMC) de 56,6% das pacientes, também melhorou o estado clínico e metabólico de mulheres com SOP e levou à regularidade menstrual de 77% das mulheres, resultados mais altos do que o uso de DCI de forma isolada (FRUZZETTI *et al.*, 2019).

Mio-ino-si-tol, á-ci-do gim-nê-mi-co e L-me-ti-lfo-la-to

O mecanismo de ação do ácido gimnêmico na homeostase glicose-insulina ainda não está bem definido. De acordo com o conhecimento atual, estudos têm demonstrado que ele se liga aos receptores presentes na parte externa do intestino, impedindo a absorção de moléculas de açúcar no intestino. Stracquadiano *et al.* (2018) demonstram uma notória potencialização nos resultados das pacientes com SOP tratadas com MI associado o ácido Gimnêmico e L-metilfolato. Como aspecto clínico pode ser citado: regularidade do ciclo menstrual, dos hormônios (SHBG, testosterona total) e do metabolismo (colesterol total, HDL, homocisteína, glicemia, TTGO e insulina).

Medicamentos relacionados à ovulação

Antiestrogênicos

Citrato de Clomifeno (CC)

Para mulheres com SOP, o CC tem sido tradicionalmente o padrão de cuidado para atingir a ovulação. O clomifeno se liga aos receptores de estrogênio, causando uma percepção de estado hipoestrogênico, gerando um feedback negativo que resultará no estímulo à ovulação. Recentemente foi sugerido que incrementos de dose de CC podem ser administrados uma vez que a falha em induzir a ovulação com dose habitual tenha sido documentada, sem a necessidade de indução de sangramento de privação de progesterona, e esta abordagem foi apelidada de “degrau de citrato de clomifeno”. Segundo os estudos de Jones *et al.* (2018), o protocolo em degraus (stair-step) melhora o tempo de ovulação (diminuiu em média 30 dias) e as taxas de ovulação em doses mais altas com o mínimo de efeitos adversos. Embora este protocolo exija várias visitas em um período mais curto de tempo e mais monitoramento por ultrassom, ele pode minimizar o sofrimento emocional experimentado durante o tempo para atingir a gravidez.

Citrato de clomifeno e Metformina

Dados do estudo de Jiang *et al.* (2019) sugerem que, em comparação com o tratamento apenas com CC, a terapia combinada com metformina pode aumentar significativamente a secreção do hormônio folículo-estimulante (FSH), mas não tem efeito inibitório significativo sobre a secreção do hormônio luteinizante. Comparado com o citrato de clomifeno sozinho, o tratamento combinado melhorou a espessura endometrial, a pontuação do muco cervical, a taxa de desenvolvimento do folículo, a taxa de ovulação de um único folículo, a taxa positiva das três linhas de sinal e o nível de hormônio folículo-estimulante.

Gonadotrofina menopáusica humana

A gonadotrofina menopáusica humana contém hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH), que podem promover a maturação do folículo, estimulando assim a ovulação e acelerando o desenvolvimento do corpo lúteo. Porém, apresenta problemas de alto preço e alto risco, especialmente de uma estimulação ovariana excessiva e gravidez múltipla. Segundo White *et al.*, (2018), depois de revisar grande série de mulheres com infertilidade anovulatória, a indução da ovulação por gonadotrofina, usando um regime de "intensificação" de baixa dose, é eficaz e segura em mulheres com SOP.

Letrozol

Nos últimos anos, os inibidores da aromatase (AIs), como o letrozol (LE) ou anastrozol, foram introduzidos no tratamento de mulheres com SOP com anovulação resistente ao citrato de clomifeno (CC). Especula-se que o bloqueio da produção de estrogênio pela inibição da aromatização no ovário liberaria o eixo hipotálamo-hipófise do feedback estrogênico negativo. Como resultado, a secreção de FSH é aumentada, o que estimula o desenvolvimento dos folículos ovarianos, enquanto reduz as complicações da ovulação induzida pela gonadotrofina.

Shi *et al.* (2020) reafirma que o CC ainda é a droga de primeira linha para indução da ovulação, no entanto, esse fármaco também tem um efeito antiestrogênico periférico no endométrio e no colo do útero, o que explica parcialmente a contradição entre alta taxa de ovulação, baixa taxa de gravidez e alta taxa de aborto em cerca de 20% a 25% das pacientes. Outro problema pode ser a resistência ao CC. Conclui-se que os resultados do LE têm efeitos satisfatórios na ovulação, no ciclo da medicação e na taxa de gravidez clínica, o que representa uma opção promissora para o tratamento de pacientes com SOP resistente ao citrato de clomifeno. No entanto, é necessário realizar uma pesquisa multicêntrica e de grande amostra para confirmar tal afirmativa.

Adjuvantes na ovulação

Melatonina

A melatonina é um hormônio neuroendócrino secretado pela glândula pineal, que no sistema ginecológico afeta a esteroidogênese, a foliculogênese e a maturação do oócito no ovário (YU *et al.*, 2019). Os resultados de Tagliaferri *et al.* (2018), sugerem que o tratamento a longo prazo da melatonina pode melhorar as irregularidades menstruais e a hiperandrogenemia bioquímica em mulheres com SOP, e seu mecanismo pode não estar relacionado à insulina. Precisamos de mais estudos a respeito.

Tamoxifeno e aspirina em baixa dose

A aspirina em baixa dosagem tem sido usada como antiinflamatório, vasodilatador e propriedades de inibição da agregação plaquetária a fim de para melhorar o fluxo sanguíneo, promover a fertilidade e levar a um maior sucesso com regimes de fertilização (AREF *et al.*, 2019). A associação do tamoxifeno com aspirina em baixa dose demonstrou aumentar o fluxo sanguíneo

ovariano e uterino ao inibir a síntese do tromboxano A₂, levando à vasodilatação e inibição da agregação plaquetária. Além disso, este tipo de aspirina pode melhorar significativamente a resposta ovariana, a formação do folículo, a velocidade do fluxo sanguíneo do útero e ovários, a taxa de implantação e taxas de gravidez em pacientes de fertilização in vitro.

Aref *et al.* (2019) em seu estudo demonstrou que a coadministração destes medicamentos parece estar associada a resultados mais favoráveis em comparação com o tamoxifeno sozinho na indução da ovulação, gerando resultados promissores para melhorar a resposta ovariana e preparando o endométrio para aumentar a chance de gravidez. Entretanto, outras pesquisas em larga escala são necessárias para garantir a eficácia desta coadministração como um novo protocolo de indução da ovulação.

Coenzima Q10 (CoQ10) e/ou vitamina E

A CoQ10 pode fornecer um ciclo redox contínuo e se tornar um antioxidante eficaz. A CoQ10 encontrada nas membranas celulares pode prevenir a oxidação do α -tocoferol, indicando que o pantenol (CoQ10 reduzida) pode estar envolvido na regeneração do α -tocoferol reduzido.

De acordo com as ideias de Izadi *et al.* (2018), a suplementação combinada de CoQ10 e vitamina E pode não apenas reduzir significativamente os níveis séricos de testosterona total e FAI, mas também reduzir significativamente a concentração de SHBG e a homeostase da glicose, melhorando significativamente taxa de ovulação e gravidez. Estudos anteriores já demonstravam a associação do CoQ10 com maior número de folículos maduros, maior espessura endometrial e maior concentração sérica de progesterona e estradiol.

Medicamentos antiandrogênicos

Anticoncepcional oral combinado (ACO) e bicalutamida (BC)

A bicalutamida (BC) é um antagonista do receptor de andrógeno que interfere nos efeitos da testosterona e do DHT ao nível dos tecidos-alvo, liga-se ao receptor de androgênio intracelular e impede a expressão desse gene. Em estudo de Moretti *et al.* (2018), foi utilizado o regime de ACO de terceira geração com a mesma dose de etinilestradiol (0,030 mg) e progesterona com a mesma atividade antiandrogênica (acetato de clormaltona 2 mg, drospirenona 3 mg ou dienogeste 2,5 mg), evitando o acetato de ciproterona devido ao risco de efeitos colaterais graves. Realizando a contagem folicular do cabelo e estabelecendo a pontuação do índice videodermoscópico. O estudo randomizado, duplo-cego e controlado, foi capaz de demonstrar que quando a BC é administrada em associação com ACO, a eficácia é significativamente melhorada em comparação com o ACO sozinho.

Outros medicamentos

Estatinas

Yang *et al.* (2019) realizaram uma revisão sistemática de 10 artigos. Os resultados desta meta-análise mostraram que o tratamento da SOP com estatina reduziu significativamente os níveis séricos e plasmáticos de DHEA (dehidroepiandrosterona) em comparação com o grupo controle

(placebo). A análise de subgrupo mostrou que a atorvastatina pode reduzir o nível de DHEA, enquanto a sinvastatina não. Porém, também demonstraram que o uso de estatinas na SOP aumenta o risco de diabetes, o que sugere que o uso de estatinas deve ser avaliado com cautela nessas pacientes.

Resveratrol

De acordo com os estudos de Bahramrezaie *et al.* (2019), resveratrol, um suplemento natural com efeitos antiinflamatórios e antioxidantes, pode alterar a molécula da angiogênese reduzindo a expressão dos genes VEGF e HIF1 nas células da granulosa folicular, melhorando a taxa de oócitos de alta qualidade e a taxa de embriões. No entanto, deve-se atentar para os possíveis efeitos biogênicos do resveratrol, principalmente na administração em longo prazo, e a necessidade de mais pesquisas para confirmar essa hipótese.

Vitamina D

A deficiência de vitamina D é comum em mulheres com SOP. Cerca de 67–85% das mulheres com SOP têm concentrações séricas de 25-hidroxivitamina D (25OHD) <20 ng/mL. As deficiências de vitamina D podem exacerbar os sintomas da SOP. Nessas mulheres, alguns estudos mostraram que a suplementação de vitamina D pode melhorar a resistência à insulina e reduzir os andrógenos séricos. Seyyed *et al.* (2017) mostrou que a suplementação de vitamina D por oito semanas em mulheres com SOP e deficiência de vitamina D levaram a uma redução significativa no nível de glicose de jejum e um aumento significativo de adiponectina.

CONCLUSÃO

A primeira linha de tratamento da SOP é a mudança de estilo de vida e perda de peso. Na resposta inadequada ou como complementação o tratamento medicamentoso está recomendado, levando-se em conta, especialmente, o quadro clínico da paciente e suas expectativas.

Na presença de resistência à insulina utilizamos principalmente metformina ou inositol. A metformina sabidamente traz efeitos positivos nos distúrbios metabólicos, pressão arterial e taxas clínicas de gravidez. Porém, outros medicamentos como GLP 1, anel contraceptivo vaginal, pioglitazona e L-carnitina parecem provocar sinergismo quando associados à metformina. O Mio-inositol sozinho age de forma semelhante ao D-quirino-inositol, diminuindo as taxas de triglicerídeos, pressão arterial e níveis de insulina, porém quando associados, potencializam a funcionalidade ovariana, melhoram ainda mais o perfil metabólico e hormonal dessas pacientes. Também a combinação do Mio-inositol ou D-quirino- inositol com o Ácido Alfa-Lipoico resulta em melhores índices metabólicos e regularidade menstrual. O Mio-inositol associado ao ácido gimnênico e L-metilfolato também melhora os resultados.

Assumindo-se a anovulação como a causa da infertilidade na SOP, a indução da ovulação para o coito programado é considerada como primeira linha de abordagem. Para tanto, são comumente utilizadas drogas antiestrogênicas (citrato de clomifeno), inibidores da aromatase (letrozol) ou gonadotrofinas (FSH). Se houver falha com a dose habitual de CC, utiliza-se o protocolo em degraus e obtém-se melhores resultados. Comparado com o CC sozinho, o tratamento

combinado com metformina melhorou a espessura endometrial, a pontuação do muco cervical, a taxa de desenvolvimento do folículo e a taxa de ovulação. Outras drogas também parecem favorecer a ovulação, como o tamoxifeno, a melatonina e a vitamina E associada à coenzima Q10. Em relação ao tamoxifeno, a sua associação com aspirina em baixa dose teve uma resposta significativa, pois aumenta o fluxo sanguíneo ovariano e uterino através da inibição da síntese de tromboxano A2.

Na prevalência de sinais androgênicos dá-se, então, preferência aos contraceptivos combinados estroprogestativos, que constituem a escolha inicial para tratamento, podendo ser associados aos antiandrogênicos, como a bicalutamida potencializando os resultados.

Os diferentes tipos de estatinas podem ter efeitos diferentes sobre o DHEA. A atorvastatina reduziu os níveis de DHEA, mas a sinvastatina não e ainda pode aumentar o risco de diabetes em mulheres com SOP, devendo ser utilizada com cautela. Vale ressaltar que a deficiência de vitamina D é comum em mulheres com SOP, e essa carência pode exacerbar os sintomas, sendo necessária à sua suplementação. Ainda, o resveratrol, por sua ação antioxidante e anti-inflamatório, tem sido apontado como terapêutica alternativa para casos específicos de SOP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AREF, N.K. *et al.* A new look at low-dose aspirin: co-administration with tamoxifen in ovulation induction in anovulatory PCOS women. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, v. 48, p. 673, 2019.
- BAHRAMREZAIE, M. *et al.* Efeitos do resveratrol na expressão dos genes VEGF e HIF1 em células da granulosa na via da angiogênese e parâmetros laboratoriais da síndrome dos ovários policísticos: um ensaio clínico randomizado triplo-cego. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, v. 36, p. 1701, 2019.
- EL SHARKWY, I. *et al.* L-carnitine plus metformin in clomiphene-resistant obese PCOS women, reproductive and metabolic effects: a randomized clinical trial. *Gynecological Endocrinology*, v. 35, p. 701, 2019.
- FRUZZETTI, F. *et al.* Treatment with D-chiro-inositol and alpha lipoic acid in the management of polycystic ovary syndrome. *Gynecological Endocrinology*, v. 35, p. 506, 2019.
- GENAZZANI, A.D. *et al.* Differential insulin response to oral glucose tolerance test (OGTT) in overweight/obese polycystic ovary syndrome patients undergoing to myo-inositol (MYO), alpha lipoic acid (ALA), or combination of both. *Gynecological Endocrinology*, v. 35, p. 1088, 2019.
- HAN, Y. *et al.* GLP-1 Receptor Agonists versus Metformin in PCOS: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Reproductive BioMedicine Online*, v. 39, p. 332, 2019.
- IZADI, A. *et al.* Hormonal and metabolic effects of coenzyme Q10 and/or vitamin e in patients with polycystic ovary Syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 104, p. 319, 2018.
- JANUSZEWSKI, M. *et al.* Metabolic and hormonal effects of a combined myo-Inositol and d-chiro-inositol therapy on patients with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Ginekologia Polska*, v. 90, p. 7, 2019.
- JIANG, J. *et al.* Therapeutic effects of dimethyldiguanide combined with clomifene citrate in the treatment of polycystic ovary syndrome. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 65, p. 1144, 2019.
- JONES, T. *et al.* Clomiphene stair-step protocol for women with polycystic ovary syndrome. *Obstetrics & Gynecology*, v. 131, p. 91, 2018.
- MARCINIAK, A. *et al.* Polycystic ovary syndrome - current state of knowledge. *Polski Merkuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, v. 44, p. 296, 2018.
- MORETTI, C. *et al.* Combined oral contraception and bicalutamide in polycystic ovary syndrome and severe hirsutism: a double-blind randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 103, p. 824, 2018.
- MOROTTI, E. *et al.* Metformin metabolic and vascular effects in overweight/moderately obese hyperinsulinemic PCOS patients treated with contraceptive vaginal ring: a pilot study. *Gynecological Endocrinology*, v. 35, p. 854, 2019.
- SEYYED, A.M. *et al.* The effect of vitamin D supplementation on insulin resistance, visceral fat and adiponectin in vitamin D deficient women with polycystic ovary syndrome: a randomized placebo-controlled trial. *Gynecological Endocrinology*, v. 34, p. 489, 2018.
- SHI, S.H. *et al.* Letrozole and human menopausal gonadotropin for ovulation induction in clomiphene resistance polycystic ovary syndrome patients: a randomized controlled study. *Medicine (Baltimore)*, v. 99, p. 18383, 2020.
- STRACQUADANIO, M. *et al.* Effects of myo-inositol, gymnemic acid, and l-methylfolate in polycystic ovary syndrome patients. *Gynecological Endocrinology*, v. 34, p. 495, 2018.
- TAGLIAFERRI, V. *et al.* Melatonin treatment may be able to restore menstrual cyclicality in women with PCOS: A pilot study. *Reproductive Sciences*, v. 25, p. 269, 2018.
- WHITE, D.M. *et al.* Low-dose gonadotropin induction of ovulation in anovulatory women: still needed in the age of IVF. *Reproduction*, v. 156, F1, 2018.
- YANG, P. *et al.* The efficacy of 24-month metformin for improving menses, hormones, and metabolic profiles in polycystic ovary syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 103, p. 890, 2018.

YANG, S. *et al.* The effect of statins on levels of dehydroepiandrosterone (DHEA) in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, v. 25, p. 590, 2019.

YU, K. *et al.* Melatonin reduces androgen production and upregulates heme oxygenase-1 expression in granulosa cells from PCOS patients with hypoestrogenia and hyperandrogenia. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, v. 1, p. 1, 2019.

ZENG, L. & YANG, K. Effectiveness of myoinositol for polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*, v. 59, p. 30, 2017

51

EPIDEMIOLOGIA DE SÍFILIS NA GESTANTE NO ESTADO DE GOIÁS E A RELAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

FILIAÇÃO

¹ Discente de Medicina,
Universidade de Rio Verde,
Goianésia/GO.

² Discente de Medicina,
Universidade de Rio Verde,
Aparecida de Goiânia/GO.

³ Docente de Medicina,
Universidade de Rio Verde,
Goianésia/GO.

AUTORES

ELISAMA PEREIRA PINHEIRO¹

MATHEUS NERES BATISTA¹

JOEL ALVES DE SOUSA JÚNIOR¹

LANNA DO CARMO CARVALHO¹

JEHOVAHNNA ANTONIONI SANTOS¹

TAYNARA BORGES MACHADO¹

MARCOS VINÍCIOS DE FREITAS¹

ANA JÚLIA GONÇALVES VILA-VERDE ÁLVARES²

LUANY TEIXEIRA SILVA¹

EVILANNA LIMA ARRUDA³

Palavras-chave: Sífilis; Epidemiologia; Gestante.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica e de possível evolução crônica, causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, cuja transmissão pode ser sexual ou vertical, podendo produzir, respectivamente, as formas adquirida ou congênita da doença, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada.

A sífilis na gravidez é considerada um grave problema de saúde pública devido aos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal e dos agravos sociais e econômicos que são gerados, fatos ocorridos por não haver diagnóstico precoce e tratamento adequado (MAGALHÃES *et al.*, 2013; DOMINGUES *et al.*, 2013; QUIÑONES *et al.*, 2014).

Esta doença na gestação, tem incidência e prevalência maiores em mulheres que apresentam baixo acesso aos serviços de saúde, com início tardio do acompanhamento pré-natal, número insuficiente de consultas e com baixa condição socioeconômica, fatores que dificultam o diagnóstico, o tratamento da gestante e do parceiro e comprometendo, conseqüentemente, a erradicação da sífilis (DOMINGUES *et al.*, 2013).

A transmissão transplacentária é a mais frequente em qualquer fase da gestação, principalmente no terceiro trimestre, pois o fluxo transplacentário está mais desenvolvido. Quando a infecção na mãe ocorre nos últimos meses da gestação, a morbimortalidade é menor, decorrente de maior imunocompetência do feto. O risco de transmissão vertical é de 70% a 100% na sífilis primária, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia (FEITOSA *et al.*, 2016).

Na maioria das vezes, esta patologia está associada principalmente às gestantes que não realizam a triagem para sífilis e/ou aquelas que muitas vezes não são tratadas adequadamente ou sequer recebem tratamento. Segundo o Ministério da Saúde, 56,5% das gestantes com sífilis receberam tratamento inadequado, 27,3% não receberam tratamento, 12,1% dos casos foram ignorados e apenas 4,1% receberam o acompanhamento ideal, associado a terapêutica. Vale ressaltar que a maioria das gestantes não tratadas ou não tratadas adequadamente podem transmitir a infecção para seus conceitos, podendo causar morte fetal, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou a infecção congênita (MOREIRA *et al.*, 2017; TAYLOR *et al.*, 2016).

O objetivo deste trabalho foi estudar os casos de sífilis na gestante ocorridos em Goiás, avaliando a taxa de notificação deste agravo para a vigilância epidemiológica e identificando algumas das causas de sua ocorrência.

MÉTODO

Este estudo se caracteriza como descritivo, epidemiológico, transversal, de abordagem quantitativa e com delineamento de tendência temporal. Os dados foram fundamentados através da coleta de dados secundários, referente aos casos de gestantes com sífilis notificados no estado de Goiás, na capital de Goiânia no período de 2007 a 2019.

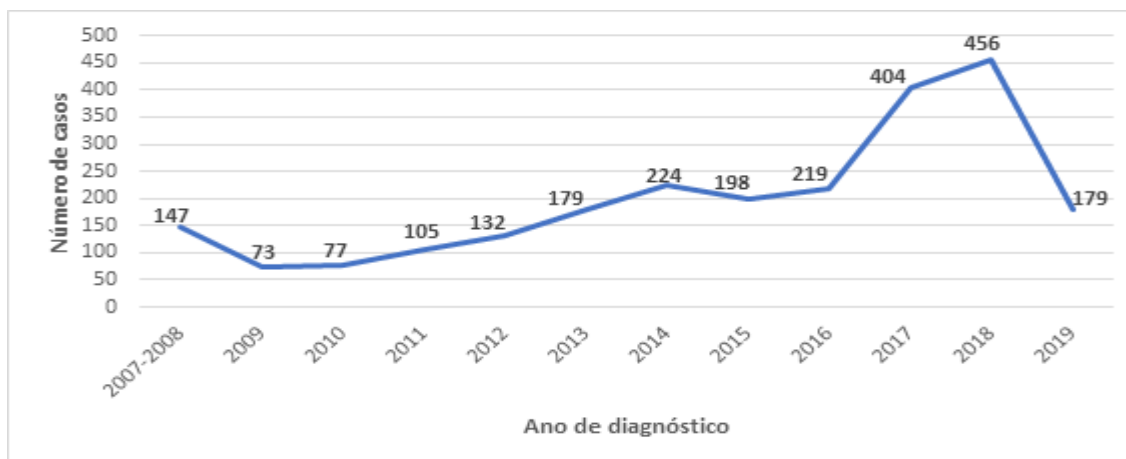
Os dados foram coletados a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), por meio do DATASUS, atualizado no dia 30 de junho de 2019 e disponibilizado no TABNET dados preliminares para os últimos cinco anos. A população do estudo foi constituída por 2393 grávidas diagnosticadas com sífilis, segundo idade gestacional no período de 2007 a 2019. Foram confirmados e notificados no referido sistema, por idade gestacional, no primeiro, segundo e terceiro trimestre e a idade gestacional ignorada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A modalidade gestacional da sífilis tem elevado potencial de repercussões negativas ao feto. Deste modo, é de extrema relevância que haja o correto rastreio das gestantes sífilíticas com o intuito de se fazer prevenção e tratamento em tempo hábil e, assim, diminuir possíveis malefícios ao bebê. Sendo assim, no âmbito do estado de Goiás, a condição é pesquisada no contexto gestacional através do Teste da Mamãe, o qual foi proposto em 2002 pela APAE Goiânia e entrou em vigor no município e no estado no ano de 2003 (ANJOS, FERRAZ, 2009; FILHO *et al.*, 2016).

No escopo deste estudo, foram observados 2393 casos de sífilis em gestantes no município de Goiânia no período de 2007 a 2019, sendo que a moda e a mediana correspondem a 179. A maior variação percentual de aumento nas situações de sífilis identificadas se deu do ano de 2016 para o ano de 2017, com um crescimento próximo a 84,5% no número de casos (219 para 404 no ano seguinte). Com relação à maior variação percentual de decréscimo, observa-se que ocorreu entre os anos de 2018 e 2019, com uma diminuição próxima a 60,7% no número de casos (456 para 179 no ano seguinte). Avaliando amplamente os dados coletados, percebe-se que houve três períodos com decréscimo e oito períodos com aumento nos números de sífilis gestacional, o que leva à ideia de que, em geral, a condição clínica tende ao aumento da incidência patológica, o que foi observado em cerca de 72,7% do tempo avaliado no estudo (Gráfico 1).

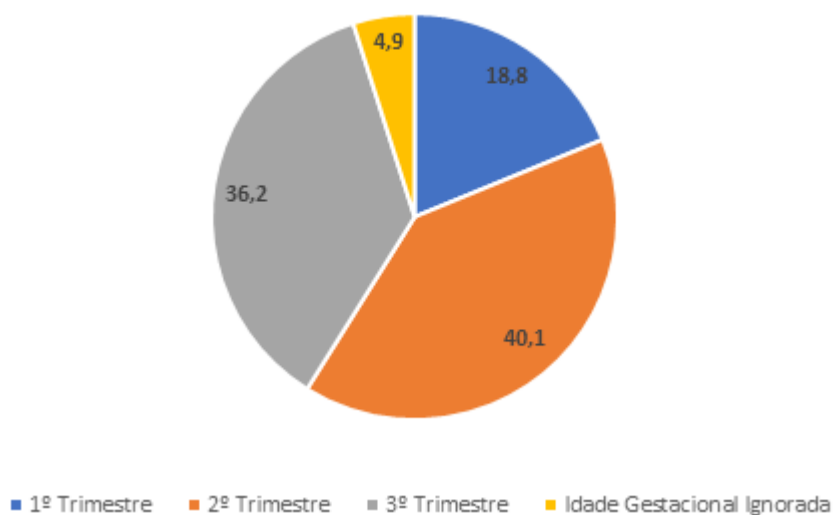
Gráfico 1. Casos de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico



Fonte: TABNET, 2020.

De acordo com a idade gestacional (Gráfico 2) em que foi feito o diagnóstico da sífilis nas gestantes avaliadas, no 1º trimestre observa-se 18,8% do total de casos, correspondendo àqueles descobertos até a 13ª semana de gestação. Já no 2º trimestre, tem-se 40,1% casos, correspondendo ao maior pico dentre todas as idades gestacionais avaliadas, sendo os diagnósticos feitos entre a 14ª a 26ª semana. E, no 3º trimestre, momento em que se avalia os casos da 27ª até a 40/41ª semana, vê-se menos casos que no 2º, porém mais que no 1º trimestre, com 36,2% dos casos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2005).

Gráfico 2. Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico



Fonte: TABNET, 2020.

Segundo a literatura, a gestante infectada pela sífilis pode transmitir a doença para o feto a partir de nove semanas de gestação, contudo é mais frequente que a transmissão ocorra entre a 16ª e a 28ª semana de gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2005).

Assim, como a maioria das grávidas diagnosticadas com sífilis em Goiânia estavam nos períodos de 2º e 3º trimestres gestacionais, há um maior risco de transmissão para o feto e consequentemente maior risco de complicações fetais.

Dentre os objetivos de desenvolvimento do milênio, definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), têm-se melhorar a saúde da gestantes (PNUD, 2016) Tal proposta, no contexto avaliado, é contraposta pelo número de casos de sífilis gestacional em Goiânia no tempo pertinente ao estudo – o qual é mais pronunciado no 2º trimestre que, como já dito, é o período mais relacionado à ocorrência de transmissões verticais. De modo geral, percebe-se que houve crescimento nos casos de sífilis em gestantes no município goiano.

Estatísticas de outros países

A sífilis materna decresceu em escala mundial de 2008 a 2016, caminhando rumo à erradicação da transmissão vertical da sífilis, dado seu caráter evitável, como uma prioridade global (KORENROM, 2016). Isso deve-se à implementação de maior e melhor monitoramento da doença, no entanto, a sífilis materna não tratada e seus efeitos adversos ainda compreendem causa evitável de morbimortalidade perinatal.

Analisou-se dados da infecção por sífilis no período entre 2008 e 2012, dividida em regiões, apresentando resultados adversos. Os números da sífilis na gravidez foram maiores na África, somando 63,1% das infecções maternas globais (585.664; prevalência de 1,88%) e 64,0% dos resultados adversos (224 761; 0,66%), e foi mais baixa na Europa, representando 2,0% das infecções maternas (18437; 0,15%) e 1,2% dos resultados adversos (4307; 0,04%) (WIJESOORIYA *et al.*, 2016). Entre 2012 e 2016, ainda com o aumento no número de gestações, a prevalência de sífilis materna culminou em uma discreta redução na sífilis gestacional ativa, passando de 1,00 milhão para 0,99 milhão.

Mediante isso, foi analisado os períodos entre 2012 e 2016, dados estatísticos de incidência de sífilis materna em regiões continentais, nas quais as estimativas de cada região foram baseadas de acordo com os seus países. A prevalência de sífilis materna ativa resultou em: região da África, 569.000 (2012) e 564.000 (2016); região das américas, 98.000 (2012) e 131.000 (2016); região europeia, 597.000 (2012) e 635.000 (2016); região mediterrânea oriental, 124.000 (2012) e 140.000 (2016); região sudeste da Ásia, 122.000 (2012) e 78.000 (2016); região do pacífico ocidental, 70.000 (2012) e 64.000 (2016). A prevalência de sífilis materna no mundo em 2016 foi de 0,69%, em uma taxa de 473 casos por 100.000 nascidos vivos (ROWLEY, 2019).

CONCLUSÃO

Os resultados deste capítulo expõem que ainda há o que evoluir para o alcance da meta da OMS de eliminação da sífilis na gestante no estado de Goiás. O total de casos registrados no período de 2007-2019 foi de 2393 casos e as análises apontaram diversas variáveis associadas à sua classificação, tais como idade gestacional, dividida em três períodos e as que tiveram a idade gestacional ignorada. A variável quanto a ocorrência foi pré-natal (se realizado ou não), não abordou exames complementares para poder ser diagnosticado precocemente.

Para reduzir a prevalência de sífilis na gestação, é essencial que os profissionais de saúde e a comunidade, de forma geral, se sensibilizem sobre a importância do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz da mulher e de seu parceiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO MALTA, Deborah; DUARTE, Elisabeth Carmen; *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. [s.l.: s.n.], 2007. Acesso em: 15 dez. 2020.
- CRUZ SANTOS, V. & FERRAZ DOS ANJOS, K. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, p. 257, 2009.
- DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Treatment of syphilis during pregnancy: Knowledge, practices and attitudes of health care professionals involved in antenatal care of the Unified Health System (SUS) in Rio de Janeiro City. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 18, p. 1341, 2013.
- FEITOSA, José Antonio da Silva; ROCHA, Carlos Henrique Roriz da; COSTA, Fernanda Salustiano. Artigo de revisão: Sífilis congênita. *Rev. Med. Saúde. Brasília*, v. 5, n. 2, p. 286-97, 2016.
- GOMES FILHO, C. *et al.* Detecção de doenças transmissíveis em gestantes no Estado de Goiás: o teste da mamãe. *Revista de Patologia Tropical*, v. 45, p. 369, 2016.
- HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; DE ARAÚJO HARTZ, Zulmira Maria; CHAMPAGNE, François; *et al.* Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, p. 310-318.
- KORENROMP ID, Eline L; ROWLEY, Jane; ALONSO, Monica; *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes-Estimates for 2016 and progress since 2012. 2016.
- MAGALHÃES, D.M. dos S. *et al.* Maternal and congenital syphilis: A persistent challenge. *Cadernos de Saúde Publica*, v. 29, p. 1109, 2013.
- Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Profile of notified cases of congenital syphilis. *Cogitare Enferm.* 2017;
- MOREIRA, Kátia Fernanda Alves; DE OLIVEIRA, Davisson Michetti; DE ALENCAR, Lucas Noronha; *et al.* Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 489-49, 2017.
- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. PNUD Brasil. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015.html>>. Acesso em: 1 nov. 2020.
- PADOVANI, C. *et al.* Syphilis in during pregnancy: Association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, e3019, 2018.
- QUIÑONES, Dres. Patricia *et al.* Resultados de la validación del formulario nacional de auditoría de sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, v. 30, n. 4, p.226-234, dez. 2014.
- Resultados de la validación del formulario nacional de auditoría de sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-03902014000400003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 1 nov. 2020.
- ROWLEY J, Vander Hoorn S, Korenromp E, *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2 2016. *Bull World Health Organ.* 2019; 97(8): 548-562P.
- RUTSTEIN, D.D. *et al.* Measuring the Quality of Medical Care. *New England Journal of Medicine*, v. 294, p. 582, 1976.
- SAÚDE Ministério. Pré- natal e puerpério: Atenção Qualificada e humanizada manual técnico. [s.l.: s.n.], 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 dez. 2020.
- TAYLOR, M.M. *et al.* Estimating benzathine penicillin need for the treatment of pregnant women diagnosed with syphilis during antenatal care in high-morbidity countries. *PLoS ONE*, v. 11, e0159483, 2016.
- WIJESOORIYA, N. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *The Lancet Global Health*, v. 4, e525, 2016.

52

ABORDAGEM FARMACÊUTICA E PARÂMETROS CLÍNICOS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM PACIENTES ACOMETIDAS POR DOENÇA AUTOIMUNE ASSOCIADA À ARTRITE REUMATOIDE

FILIAÇÃO

¹ Graduanda em Farmácia, Uninassau – Faculdade Maurício de Nassau, Campina Grande/PB.

AUTORES

JOELMA MARIA DOS SANTOS DA SILVA APOLINÁRIO¹

Palavras-chave: Doença Autoimune; Artrite Reumatoide; Tratamento Medicamentoso.

INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) doenças autoimunes são doenças que atacam o sistema imunológico contra uma estrutura do próprio organismo. Segundo o Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes (NEDAI), o conjunto das doenças autoimunes atingem três vezes mais mulheres do que homens. Assim, essas doenças consistem em uma das 10 principais causas de morte nas mulheres, com idade inferior a 65 anos.

A gravidade de uma doença autoimune depende dos órgãos afetados. Por exemplo, a Tireoidite de Hashimoto é uma doença praticamente restrita à glândula tireoide, que é um órgão importante, mas não é vital. Os pacientes com essa doença autoimune conseguem levar uma vida normal apenas tomando um comprimido por dia de hormônio tireoidiano. Outras doenças autoimunes, porém, são mais graves, principalmente aquelas que atacam órgãos e estruturas nobres do corpo, como o sistema nervoso central, coração, pulmões e/ou os vasos sanguíneos.

Estas doenças autoimunes podem ser divididas em doenças sistêmicas, que não afetam um órgão específico, mas podem atacar vários, como o caso da doença celíaca ou da esclerose lateral amiotrófica (ELA); síndromes locais, que atacam um tecido em particular e podem ser de caráter dermatológico, hematológico ou endócrino, como a Tireoidite de Hashimoto ou a colite ulcerosa.

É importante salientar que os sintomas são diferentes entre uma doença autoimune e outra. Por serem doenças que atacam vários órgãos, os sintomas podem variar muito, o que pode dificultar o diagnóstico. Assim, a mesma doença pode ter sintomas bastante diferentes, em diversas pessoas e idades variadas. Dessa forma, cada uma dessas doenças pode ter uma gravidade leve ou se caracterizar um quadro bastante sério. Assim, para uma vida longa, é fundamental realizar o diagnóstico o quanto antes para que o tratamento não demore para ser iniciado. Por isso, é importante realizar visitas regulares a um especialista para verificar o andamento da saúde.

Existem vários tipos de doença autoimune, porém a AR é uma das patologias que mais acometem mulheres até duas vezes mais do que homens. Esta patologia caracteriza-se por ser uma doença inflamatória crônica que pode afetar várias articulações, tendo causa desconhecida. Inicia-

se geralmente entre 30 e 40 anos e sua incidência aumenta com a idade, porém há casos que a doença também acomete mulheres jovens, até mesmo crianças onde é denominada AR juvenil.

Dentre os sintomas mais comuns estão dor, edema, calor e vermelhidão em qualquer articulação do corpo, sobretudo mãos e punhos. O comprometimento da coluna lombar e dorsal é raro, mas a coluna cervical é frequentemente envolvida. As articulações inflamadas provocam rigidez matinal, fadiga e com a progressão da doença, há destruição da cartilagem articular e os pacientes podem desenvolver deformidades e incapacidade para realização de suas atividades tanto de vida diária como profissional. As deformidades mais comuns ocorrem em articulações periféricas como os dedos em pescoço de cisne, dedos em botoeira, desvio ulnar e hálux valgo (joanete).

Além das articulações outras partes do corpo podem ser acometidas, porém com menos frequência, dentre órgãos ou tecidos como a pele, unhas, músculos, rins, coração, pulmão, sistema nervoso, olhos e sangue podem apresentar alterações. A chamada Síndrome de Felty (aumento do baço, dos gânglios linfáticos e queda dos glóbulos brancos em paciente com a forma crônica da AR) também pode ocorrer. O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são fundamentais para o controle da atividade da doença, prevenção da incapacidade funcional e lesão articular e o retorno ao estilo de vida normal do paciente o mais rápido possível.

O objetivo deste estudo foi descrever de forma clara e sucinta a fisiopatologia da AR, enfatizar a importância do acompanhamento farmacoterapêutico no que diz respeito ao comprometimento articular de pacientes acometidas por tal comorbidade bem como a atuação dos parâmetros clínicos e farmacológicos no decorrer do tratamento e prognóstico até chegar a remissão da doença.

MÉTODO

O presente trabalho configurou-se com um estudo de caso do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa através da revisão sistemática da literatura, que possibilitou a construção de referencial teórico sobre assuntos que estão relacionados ao tema em questão. Além disso, foi feita uma pesquisa de natureza documental, cujas informações foram coletadas através de livros, artigos, dissertações e teses, sites de referência científica e órgãos governamentais renomados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o potencial incapacitante deste tipo de doença, o acompanhamento destes pacientes do ponto de vista funcional deve ocorrer desde o início da doença. As orientações e a adesão ao tratamento são de extrema importância, uma vez que o paciente necessita ser inserido nos programas terapêuticos dirigidos à proteção articular e à manutenção do estado funcional do aparelho locomotor associados as suas comorbidades. Na Figura 1. Artropatia deformante nas MCF e IFP (A) e alterações radiográficas (porose, erosões periarticulares, cistos epifisários e subluxação das falanges distais e médias) bilateralmente (B) SARMENTO *et al.*. Outra deformidade comum é na Figura 2. Dedo em pescoço de cisne (hiperextensão da interfalângiana proximal e flexão da interfalângiana distal), polegar em “Z”. Já na Figura 3. Sinovite – tumefação de articulações metacarpofalângianas. Desvio ulnar dos dedos.

Dentre o tratamento farmacoterapêutico os medicamentos de primeira escolha é o metotrexato (MTX) e a hidroxicloroquina, no entanto, de acordo com a progressão da doença o reumatologista inicia com a monoterapia do metotrexato associada ao uso de ácido fólico. É sabido que há pacientes que aderem a este esquema terapêutico, outros nem tanto, podendo assim o médico associar outros medicamentos como antiinflamatórios não-esteroidais como por exemplo diclofenaco e piroxicam, podendo ser utilizado também os antiinflamatórios esteroidais, sendo que os mais utilizados são a betametasona, prednisona e dexametasona, comumente utilizados. Já o paracetamol e dipirona podem ser utilizados em alguns casos, conforme necessidade. Em se tratando das deformidades nos pés podemos citar Figura: 4 Hálux valgo: desvio lateral da 1ª articulação metatarsofalangeana. Figura 5: Mão em dorso de camelo – aumento de volume do punho e das metacarpofalangeanas e hipotrofia dos interósseos dorsais. Figura 6. Artropatia de Jaccoud nas mãos em paciente de 55 anos, diagnóstico de LES (Lúpus Eritematoso Sistêmico) há 17 anos, diante disso podemos afirmar que a patologia artrite reumatoide causa comorbidades e deformidades ao longo do tempo, levando à anos de sintomatologia.

Figura 1. Artropatia deformante nas MCF e IFP (A) e alterações radiográficas (porose, erosões periarticulares, cistos epifisários e subluxação das falanges distais e médias) bilateralmente (B)



Fonte:

Figura 2. Dedo em pescoço de cisne (hiperextensão da interfalangiana proximal e flexão da interfalangiana distal) Polegar em “Z”



Fonte:

Figura 3. Sinovite – tumefação de articulações metacarpofalangianas. Desvio ulnar dos dedos.



Fonte:

Figura: 4 Hálux valgo: desvio lateral da 1ª articulação metatarsofalangeana.



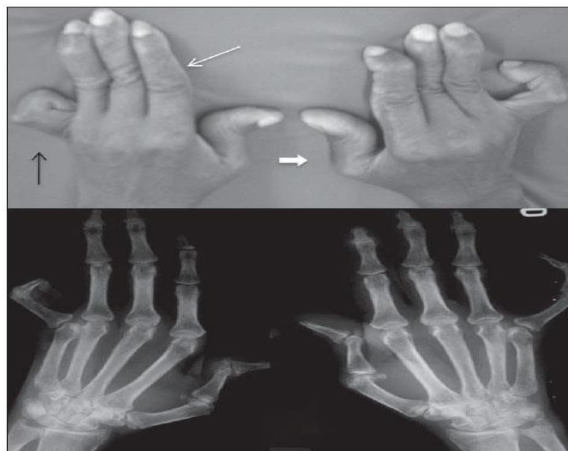
Fonte:

Figura 5: Mão em dorso de camelo – aumento de volume do punho e das metacarpofalangeanas e hipotrofia dos interósseos dorsais



Fonte:

Figura 6. Artropatia de Jaccoud nas mãos em paciente de 55 anos, diagnóstico de LES (Lúpus Eritematoso Sistêmico) há 17 anos



Legenda: Fotografia e radiografia simples mostrando desvio ulnar dos metacarpos, deformidade em “pescoço de cisne” (seta branca fina), batoeira (seta preta) e “Z” do polegar (seta branca cheia). **Fonte:**

Diagnóstico da AR

O diagnóstico da AR é feito por meio da associação de dados clínicos, laboratoriais e radiográficos. A determinação do Fator Reumatoide (FR) é comumente utilizada no diagnóstico da AR, porém os resultados devem ser criteriosamente observados diante da especificidade limitada do exame. No entanto, os anticorpos anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico) possuem elevada especificidade e sensibilidade semelhante ao FR, o que torna a determinação do anti-CCP um exame mais específico e de grande utilidade para o diagnóstico da AR.

O FR representa um grupo de autoanticorpos caracterizados pela habilidade de reagir com determinados epítomos da porção fragmento cristalizável (Fc) da IgG e atua ativamente na patogênese da AR, sendo sua presença sugestiva de prognóstico desfavorável. *In vivo*, o FR pode ser das classes IgA, IgG ou IgM, porém a classe IgM é a que se detecta sorologicamente com maior frequência.

A literatura revela que um estímulo antigênico pode levar ao aparecimento de uma IgG anormal na sinóvia, resultando na produção de FR e no desenvolvimento posterior da doença reumática. Assim, o FR provavelmente não inicia o processo inflamatório na doença reumática, mas atua perpetuando e amplificando esse processo. Ele é utilizado com frequência para diferenciar AR de outras artrites crônicas, sendo que nesta geralmente é detectado em altos títulos. Sua sensibilidade é de aproximadamente 80% e sua especificidade é de 70%, podendo ocorrer na população sadia com prevalência que varia de 1% a 4%. Outras doenças, como LES, síndrome de Sjögren, hepatite crônica ativa, hanseníase e algumas infecções parasitárias, podem mostrar positividade para esse anticorpo, embora sempre em títulos baixos. A positividade para anti-CCP também está relacionada à positividade para FR.

O anti-CCP tem a finalidade de buscar por marcadores diagnósticos e prognósticos da AR e tem sido objeto de inúmeros estudos. A citrulinização consiste na modificação pós-traducional de determinada proteína, na qual um resíduo de arginina é convertido em citrulina. Esse processo é catalisado pela enzima peptidil arginina deaminase (PAD) e neutraliza o caráter fortemente básico

da arginina. Os anticorpos anti-CCP são produzidos localmente na membrana sinovial inflamada e no líquido sinovial de pacientes com AR e são capazes de reagir com diversos peptídeos citrulinados.

A Velocidade de Sedimentação das Hemácias (VSH) é útil na avaliação da presença de atividade e resposta terapêutica em pacientes com AR, lúpus eritematoso sistêmico, vasculites e outras doenças difusas do tecido conjuntivo.

A Proteína C Reativa (PCR) é uma prova de atividade inflamatória, a qual se eleva na presença de inflamação, porém é inespecífica para diagnóstico de visto que não direciona o local de inflamação. Na AR é comum ter VHS e PCR elevado.

Tratamento farmacológico

Metotrexato

O MTX é um antimetabólito usado no tratamento da AR e da psoríase grave em adultos. Quimicamente, o metotrexato é o ácido N-[4-[[[(2,4-diamino-6-pteridinil)-metil]metilamina]benzoil]-1-glutâmico. Este, por sua vez, é considerado uma droga antirreumática modificadora da doença (DMARD) e as diretrizes atuais de tratamento da artrite reumatoide recomendam o uso de DMARDs o mais precocemente possível. O MTX está indicado no manejo de adultos com AR ativa moderada à grave, em pacientes resistentes à terapia inicial com MTX, este pode ser combinado com outros DMARDs (por exemplo, um inibidor do fator de necrose tumoral [TNF]).

Características Farmacológicas

O MTX liga-se com alta afinidade e inativa a enzima diidrofolato redutase. Os diidrofolatos devem ser reduzidos a tetraidrofolatos por essa enzima antes que possam ser utilizados na síntese de nucleotídeos purina. Portanto, o MTX interfere com a síntese, reparo e replicação do DNA. Além disso, promove liberação de adenosina, inibição da produção de citocinas pró-inflamatórias, supressão da proliferação de linfócitos e da adesão e quimiotaxia de neutrófilos e a redução das imunoglobulinas séricas. O mecanismo pelo qual modula a inflamação na AR, no entanto, permanece desconhecido.

A remissão clínica da doença após a suspensão do MTX sugere que os efeitos antiinflamatórios desempenhem um papel mais importante na artrite reumatoide que os efeitos antiproliferativos. O MTX diminui a síntese de DNA, interferindo com a cinética das células epiteliais e induz apoptose de queratinócitos. Uma vez que a patogênese da psoríase envolve uma resposta aberrante das células-T, o sistema imune é um alvo possível dos efeitos anti-psoriáticos do medicamento. Adicionalmente, o MTX reduz significativamente as concentrações séricas de interleucina-22, uma citocina que promove proliferação de queratinócitos e inflamação da derme na psoríase.

➤ Posologia

- Artrite reumatoide:
 - Dose inicial: dose oral única de 7,5 mg uma vez por semana.

- Posologia oral fracionada de 2,5 mg, a cada 12 horas, por três doses, administradas como um ciclo, uma vez por semana.

As posologias de cada esquema devem ser ajustadas gradualmente para alcançarem uma resposta ótima, mas não devem exceder, normalmente, uma dose semanal total de 20 mg. Experiência limitada mostra um aumento significativo na incidência e gravidade de eventos adversos sérios, especialmente depressão medular, com doses maiores do que 20 mg/semana.

Uma vez alcançada a resposta clínica, cada esquema posológico deve ser modificado de forma a se utilizar a menor dose efetiva possível. A resposta terapêutica normalmente começa entre três a seis semanas e o paciente pode continuar a melhorar por outras 12 semanas ou mais. A duração ótima da terapia é desconhecida. Dados limitados disponíveis de estudos em longo prazo indicam que a melhora clínica inicial é mantida por pelo menos dois anos com a manutenção da terapia. Quando o MTX é interrompido, a artrite normalmente piora dentro de 3 a 6 semanas.

Ácido Fólico

O ácido fólico é uma vitamina do complexo B, hidrossolúvel, cuja fonte é exclusivamente exógena. Faz parte de um grupo de substâncias conhecidas como pterinas, que englobam o folato e o ácido pteroilglutâmico, formado pela ligação de três compostos, a pterina e o ácido para-aminobenzoico (PABA) conjugados com 1, 3 ou 7 moléculas de ácido glutâmico. Algumas moléculas de ácido glutâmico são quebradas para formar uma molécula de ácido fólico não conjugado. O ácido fólico na presença de NAD (coenzima que contém niacina) é reduzido a ácido tetrahidrofólico. O folato pode ser sintetizado pelos microrganismos intestinais, sendo é indicado para o tratamento das anemias megaloblásticas e macrocíticas resultantes da deficiência de folato, homocistinemia, homocistinúria, prevenção de defeitos do tubo neural do feto, especialmente espinha bífida, suplementação na anemia falciforme.

➤ Características Farmacológicas

Ácido fólico é solúvel em água e faz parte do complexo vitamínico B. Este por sua vez raramente ocorre em alimentos; o folato está presente em muitos alimentos, como fígado, rins, leveduras, vegetais de folhas verdes, frutas cítricas e legumes. Ácido fólico, ou ácido pteroilglutâmico, é composto do ácido p-aminobenzóico e ácido glutâmico.

Processos de oxidação e redução formam o H4folato que pode ser transformado em co-fator folato, que tem importante função bioquímica de doadores de unidade de carbono, necessária para a síntese de DNA. O ácido fólico é rapidamente absorvido pelo trato intestinal, especialmente na porção proximal do intestino delgado. Pico plasmático em 30 a 60 minutos. As concentrações séricas normais de folato total variam de 0,005 a 0,015 µg/mL. Em geral, concentrações séricas inferiores a 0,005 µg/mL indicam deficiência de folato e concentrações abaixo de 0,002 µg/mL usualmente resultam em anemia megaloblástica. O ácido tetra-hidrofólico e seus derivados são distribuídos a todos os tecidos; o fígado contém cerca da metade do total de folato armazenado. O folato é ativamente concentrado no líquido cérebro-espinhal. O ácido fólico é distribuído no leite materno. Após absorção, o ácido fólico é reduzido e metilado no fígado em ácido metiltetrahidrofólico, a principal forma de transporte do folato no corpo, sendo excretado por via urinária.

A posologia com respeito à AR é geralmente de um comprimido de 5 mg/dia, uma vez por semana, um dia antes da tomada do metotrexato, nunca podendo tomá-los concomitantemente. À critério médico é possível tomar um dia após a tomada do metotrexato, mas isso varia de caso a caso.

Tabela 1. Drogas Modificadoras do Curso da Doença

DROGA	TEMPO MÉDIO PARA AÇÃO	DOSE USUAL	MONITORAMENTO
Hidroxicloroquina	3-6 meses VO	6 mg/kg/dia	Exame oftalmológico inicial, a cada seis meses e leucograma
Cloroquina	3-6 meses VO	4 mg/kg/dia	Exame oftalmológico inicial, a cada seis meses e leucograma
Sulfassalazina	1-3 meses VO	0,5-1 g/dia a 1 g, 2-3 vezes/dia com aumento de 0,5 g/sem	Hemograma completo, provas hepáticas a cada 2-4 sem, nos primeiros três meses, a seguir a cada três meses
MTX	1-3 meses VO, IM, SC	7,5 mg/semana até 25-30 mg/sem	Hemograma completo, provas de função hepática (AST, ALT), creatinina a cada 30 dias nos primeiros seis meses, a seguir a cada um a dois meses
Leflunomida	1-2 meses VO	100 mg/dia por três dias após 10-20 mg/dia	Hemograma completo, provas de função hepática (AST, ALT), creatinina a cada 30 dias nos primeiros seis meses, a seguir a cada um a dois meses
Azatioprina	2-3 meses VO	1-2 mg/kg/dia	Hemograma completo, provas de função hepática (AST, ALT), fosfatase alcalina inicialmente a cada dois semanas
Ciclosporina	2-4 meses VO	2,5 mg/kg/dia, até 4 mg/kg/dia em duas tomadas	Pressão arterial, função renal, creatinina iniciais e a cada duas semanas, nos primeiros três meses

Fonte:

Tabela 2. Ingestão recomendada de folato – IDR (ingestão diária recomendada) e UL (Limite Máximo de ingestão diária) de folato

Adultos	Lactantes	Crianças
1 mg	10 µg/Kg de peso corpóreo até no máximo 100 µg para outras patologias	10 µg/Kg de peso corpóreo até no máximo 300 µg para outras patologias
5 mg	Uma a duas vezes por semana para AR	Uma vez por semana para AR

Fonte:

Tabela 3. Medidas subjetivas, exames físicos e laboratoriais bem como de imagens mais comumente utilizados

Avaliação Inicial e Exames Laboratoriais	
Medidas subjetivas	Duração da rigidez matinal; Intensidade da dor articular; Limitação da função.
Exame Físico	Número de articulações inflamadas; Problemas articulares mecânicos: Limitação da amplitude de movimento, crepitação, instabilidades e deformidades; Manifestações extra-articulares.

Laboratório	Hemograma completo; Velocidade de hemossedimentação e/ou proteína C reativa; Função renal; Enzimas hepáticas; Exame qualitativo de urina; FR*; Análise do líquido sinovial**.
Radiografia	Radiografia das articulações das mãos e punhos, pés e demais articulações comprometidas.
Outros***	Avaliação global da atividade da doença feita pelo paciente; Avaliação global da atividade da doença feita pelo médico; Questionários de avaliação da capacidade funcional ou qualidade de vida. * Realizado somente na avaliação para estabelecer o diagnóstico. Se inicialmente negativo, pode ser repetido 6 a 12 meses após o início da doença. ** Se necessário para excluir outras doenças, pode ser repetido durante o acompanhamento do paciente com reagudização do quadro, para se afastar artrite séptica. *** Sugere a avaliação destes parâmetros subjetivos para acompanhamento do paciente.

Fonte:

CONCLUSÃO

A AR é uma doença autoimune e debilitante, que traz bastantes comorbidades e limitações físicas ao paciente acometido por essa patologia, tendo etiologia ainda desconhecida. O caráter agressivo e progressivo da AR nos permite ver a importância da sua detecção precoce, o que aumenta significativamente as perspectivas de melhora clínica, prognóstico e remissão da doença. A limitação em estabelecer um diagnóstico precoce com base nos parâmetros clínicos da doença ressalta o valor da caracterização dos autoanticorpos como marcadores precoces e de prognóstico de doenças autoimunes iniciais como a AR. Estes por sua vez são atualmente considerados exames de valor relevante e de primeira escolha tanto na prática clínica como na triagem de populações de risco.

Com tudo apesar de seu aspecto crônico, a trajetória da AR pode ser modificada por meio do uso adequado de drogas antirreumáticas. O tratamento medicamentoso da AR tem sido atualmente um processo contínuo e de bastante complexidade que requer o acompanhamento constante do paciente, com avaliação do índice de atividade da doença, investigação de manifestações extra-articulares, monitoramento de efeitos colaterais e avaliação da capacidade funcional do paciente. É sabido que os benefícios decorrentes do tratamento são frequentemente acompanhados por efeitos adversos acentuados, principalmente no que diz respeito ao MTX, por ser uma droga de primeira escolha e que traz bastante resultado. No tratamento, os reumatologistas prescrevem-no com frequência, mas vale salientar que nem todos os pacientes aderem a farmacoterapia do MTX, pois este causa diversas reações adversas como, alopecia, náuseas, vômitos, diarreia, mal-estar dentre outras reações, o que constitui um dos maiores problemas ao tratamento relacionando o metotrexato com a AR.

O atuante progresso do tratamento e medicamentos em si vem crescendo nos últimos anos, mas ainda persistem muitas controversas e dificuldades no manejo correto da doença, assim como em várias outras doenças reumáticas crônicas, o acompanhamento pelo médico reumatologista é imprescindível e deve ser contínuo. Os intervalos entre as consultas variam de paciente para paciente e em alguns casos avaliações mensais são necessárias, enquanto em outros casos, com doenças de menor gravidade ou controladas, intervalos maiores entre as consultas podem ser estabelecidos.

Exames de acompanhamento são feitos com frequência para avaliar a atividade da doença e efeitos colaterais dos medicamentos e apenas o médico pode diminuir ou aumentar a dose das medicações, modificar o tratamento quando necessário ou indicar a terapia de reabilitação mais adequada a cada caso.

A reabilitação com fisioterapia é uma grande aliada para que o paciente possa continuar a exercer suas atividades da vida diária. A proteção articular deve garantir o fortalecimento da musculatura periarticular e adequado programa de flexibilidade, evitando o excesso de movimento. O condicionamento físico, envolvendo atividade aeróbica, exercícios resistidos, alongamento e relaxamento, devendo ser estimulado observando-se os critérios de tolerância de cada paciente individualizando assim a terapia.

O tratamento medicamentoso varia de acordo com o estágio da doença, sua atividade e gravidade, devendo ser mais agressivo quanto mais agressiva for a doença, levando em consideração as peculiaridades de cada paciente. Os antiinflamatórios são a base do tratamento seguidos de corticoides para as fases agudas e drogas modificadoras do curso da doença, a maior parte delas imunossupressoras. Mais recentemente os agentes imunobiológicos passaram a compor as opções terapêuticas. O tratamento com antiinflamatórios deve ser mantido enquanto se observar sinais inflamatórios ou o paciente apresentar dores articulares. O uso de drogas modificadoras do curso da doença deve ser mantido indefinidamente.

O tratamento medicamentoso é sempre individualizado e modificado conforme a resposta de cada doente. Em alguns pacientes há indicação de tratamento cirúrgico, dentre eles cita-se a sinovectomia para sinovite persistente e resistente ao tratamento conservador, artrodese, artroplastias totais etc., dessa forma pode-se proporcionar mais qualidade de vida e bem-estar para cada paciente acometido pela AR e as comorbidades ocasionadas pela doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (SBR) Sociedade Brasileira de Reumatologia, Artrite Idiopática Juvenil. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/artrite-idiopatica-juvenil/>>. Acesso 26 out. 2020.
- BOURNERIAS, I. & CHOSIDOW, O. Méthotrexate et psoriasis. Pharmacologie et prise en charge thérapeutique. Annales de Dermatologie et de Vénérologie, v. 121, p. 69, 1994.
- BRUNS, A. Avaliação da qualidade de vida e do impacto da doença nos cuidadores primários de pacientes com artrite reumatóide juvenil. 149 p. Dissertação [Mestrado] Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.
- CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Artrite Reumatóide. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT_Artrite_Reumatoide_CP21_2019.pdf>. Acesso 28 out. 2020.
- FÉLIX, T.L. et al. Efeito da hidroterapia utilizando o Método dos Anéis de Bad Ragaz no tratamento da artrite reumatóide juvenil: um estudo de caso. ConScientiae Saúde, v. 6, p. 341, 2007.
- GOELDNER, I. et al. Artrite reumatóide: uma visão atual. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 47, p. 495, 2011.
- GUILHERME, S. et al. Job-Deslandre C: Long-term outcome and prognosis in oligoarticular-onset juvenile idiopathic arthritis. Arthritis & Rheumatology, v. 44, p. 1858, 2000.
- KULLAS, D.T & SCHANBERG L: Juvenile idiopathic arthritis. Current Opinion in Rheumatology, v. 13, p. 399, 2001.
- LAURINDO, I.M.M, et al. Consenso em reumatologia pediátrica parte i - definição dos critérios de doença inativa e remissão em artrite idiopática juvenil/artrite reumatóide juvenil. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 45, p. 9, 2005.
- LAURINDO, I.M.M. et al. Artrite reumatóide: diagnóstico e tratamento. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 44, p. 435, 2004.
- LONDONO, J. et al. Eficácia terapêutica e segurança de metotrexato + leflunomida em pacientes colombianos com artrite reumatóide ativa refratária ao tratamento convencional. Revista Brasileira de Reumatologia v. 52, p.830, 2012.
- MARIETTE, X. et al. Lymphomas in Rheumatoid Arthritis Patients Treated with Methotrexate: a 3-year Prospective Study in France. Blood, v. 99, p, 3909, 2002.
- MARTINS, G.A. & ARRUDA, L. Tratamento sistêmico da psoríase - Parte I: metotrexato e acitretina. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 79, p. 263, 2004.
- QUINTANILLAA, J.I. et al. Metotrexato: toxicidad pulmonar, hepática y hematológica. Revista Clínica Médica Familiar, v. 9, p. 159, 2016.
- RIBEIRO ds, ARAÚJO Neto C, D'Almeida F, GALVÃO VL, SANTIAGO MB. Achados de imagem das alterações musculoesqueléticas associadas ao lúpus eritematoso sistêmico. Radiol Bras. 2011 Jan/Fev;44(1):52-58.
- SACK, K.E. & FYE, K. H. Doenças reumáticas. In: STITES, D. P. et al. Imunologia médica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 353-70.
- SARMENTO J F, CAVALCANTE V de A, TARCINARA M R, BRAZ A de S, FREIRE E A. M. Artrite da gota tofácea crônica mimetizando artrite reumatóide. Rev Bras Reumatol 2009;49(6):741-6
- SOKKA, T. et al. Women, men, and rheumatoid arthritis: analyses of disease activity, disease characteristics, and treatments in the QUEST-RA study. Arthritis Research & Therapy, v. 11, R7, 2009.
- SOUZA, L. et al. Impacto da atividade inflamatória e uso de glicocorticoide nas variáveis nutricionais da artrite idiopática juvenil. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 45, p. 291, 2005.

TAKKEN, T. et al. Do juvenile idiopathic patients benefit from an exercise program? A pilot study. *Arthritis & Rheumatology*, v. 45, p. 81, 2001.

ZACHARIAE, H. et al. The value of aminoterminal propeptide of type III procollagen in routine screening for methotrexate-induced liver-fibrosis: a 10-year follow-up. *The British journal of dermatology*, v. 144, p.100, 2001.

53

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: CUIDADO MULTICENTRADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Arthur de Sá Earp Neto.

² Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

³ Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

⁴ Diretor de Pesquisas da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Saúde da Família e Comunidade (ALASF).

⁵ Pesquisador da ALASF.

AUTORES

ANA CAROLINA DA SILVA BASTOS¹

GABRIELA GUILHOTO CABRAL LAMONICA³

JOSIMAR KAPPS DE SOUZA DIAS⁴

KYARA REGINA B. VIEIRA DO AMARAL²

MARCELA CONDÉ UBALDO DE CARVALHO²

MARCOS ANDRÉ LIMA MELO⁵

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção básica; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher, no Brasil, começou a ganhar maiores dimensões nas primeiras décadas do século XX, com a adoção dos programas materno-infantis, na tentativa de atender às demandas de serviços de saúde que envolviam, principalmente, as gestantes e suas necessidades biológicas. No entanto, estas estratégias de saúde pouco contemplavam a integralidade necessária a esta população, sendo restritas à visão do contexto biológico, materno e doméstico, excluindo a importância social, entre outros.

Em 1983, objetivando o aprimoramento das abordagens realizadas até então no país, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de ofertar a esse grupo uma saúde integral e equânime. Este evento representou um importante avanço nos direitos garantidos à mulher e possibilitou, apesar da sua ênfase na resolução de problemas reprodutivos, mudanças no modelo de promoção e assistência em saúde. Posteriormente, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde pela lei 8.080/1990, as políticas já existentes ganharam mais força, resultando na reorganização dos cuidados e serviços voltados a essa população na esfera nacional, incluindo, nessa perspectiva, os direitos primários à mulher. Apesar desses avanços, apenas em 2004 foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual, além de preconizar o tratamento das individualidades da saúde da mulher,

também estabeleceu as diretrizes de cuidados para grupos específicos, como mulheres negras, lésbicas, presidiárias, portadoras de deficiências, indígenas, entre outros (BRASIL, 2004).

A integralidade e universalidade em saúde, princípios norteadores do SUS, possibilitaram a inserção do atendimento às mulheres em todos os níveis de saúde, além de regulamentar os cuidados integrais visando suas necessidades e demandas, vulnerabilidade relacionados ao contexto social, cultural, econômico, de escolaridade, violência e histórico. Esse aspecto, associado ao avanço na criação das políticas públicas de saúde voltadas para a mulher, permitiu mudanças significativas na concepção de sua saúde, alterando o foco, anteriormente, reprodutivo, para uma visão holística da mulher. Ademais, por meio dessas ações, situações de vulnerabilidade e violência ganharam espaço nas discussões oficiais, dado, principalmente, à sua influência na concepção da saúde do grupo.

Em 2020, essa realidade se agrava graças ao estabelecimento da pandemia do Novo Coronavírus, já que o isolamento social dificulta o acesso das vítimas aos meios de denúncia. Esse fenômeno foi atribuído, principalmente, à queda observada nos índices de notificação de violência contra a mulher nos estados pesquisados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, nesse ano (ZAMPAR, 2020).

MÉTODO

O método se baseou em uma revisão integrativa baseado no agrupamento de artigos que permeiam a Política Nacional de Saúde da Mulher e o agrupamento de evidências que sustentam o aumento de casos de Violência no ambiente intrafamiliar no ano de 2020 entre as diversas especialidades que se tratam como referencial aos cuidados a mulher (Medicina, Enfermagem, Psicologia e Assistência Social). Foram utilizadas as plataformas Scielo, Cochrane Brasil, BVS e o Caderno de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde. Centramos o agrupamento de dados nos últimos 5 anos, utilizando também como referencial teórico a Política Nacional de Saúde da Mulher e seus marcos históricos datados desde 2004. Utilizados os descritores “Saúde da Mulher”, “Atenção Primária a Saúde” e “Violência Contra a Mulher”. Operadores booleanos “and” e “or not”. Foram critérios de exclusão artigos superiores a 5 anos ou disponíveis em outras línguas além do Português. Período de 2015 à 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATUALIDADE

A temática da violência contra a mulher tem ganhado cada vez mais espaço nas discussões sociológicas atuais, e tem por sua definição como uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física (OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO, 2005). Esta forma de violência está engendrada nos mais diversos hábitos, práticas e costumes, não só no Brasil, mas em todo o mundo, configurando-se, portanto, como uma importante forma de Violência de Gênero, a qual corrobora para as desigualdades estruturais.

Por outro lado, para organizar planos e medidas eficazes de erradicação das desigualdades e violências de gênero, é preciso, primeiramente, conceituar e identificar as principais formas e definições da violência. Tratando-se do Brasil, há dois grandes marcos do estudo da violência contra a mulher: (1) Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher

(Assembleia Geral Das Nações Unidas, de 1999) e a (2) Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, em Belém do Pará (1994). Ambas foram convenções, fomentadas pelas Nações Unidas, que buscaram discutir e estabelecer metas e compromissos para os Estados com o fim de garantir às mulheres uma vida sem violência (BRASIL, 2017). Ademais, ambas contribuíram para o estabelecimento das primeiras definições teóricas quanto à violência de acordo com Assembleia Geral Da Organização Dos Estados Americanos (1995).

A CEDAW refere-se à discriminação contra a mulher como:

[...] toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto o resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher independentemente de seu estado civil com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos: político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo [...] (UNIDAS, 1999).

A Lei Maria da Penha (11.340/2006), em conjunto a Constituição Federal, estabelece alguns tipos de violências que podem ser praticados com a mulher, e estas estão dispostas no Quadro 1.

Quadro 1. Tipos de violência praticadas com a mulher

Tipo	Definição
Violência Física	Entendida como qualquer conduta que afete negativamente sua integridade ou saúde corporal.
Violência Psicológica	Qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou degradando ou controlando suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
Violência Sexual	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
Violência Patrimonial	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
Violência Moral	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Fonte: BRASIL, 2006

No título III, Capítulo II da mesma Lei, estão descritas medidas de assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, e dentre as atitudes da Atenção Primária à Saúde (APS) tomamos a iniciativa de validá-las (Quadro 2).

Quadro 2. Conduas de proteção a vítima de violência na APS

<i>Cuidados a Vítima de Violência</i>
Incluir no Cadastro de Programas Assistenciais Governamentais, encaminhando e dando os devidos apoios através do Centro de Referência do Atendimento à Mulher (CRAM), com apoio psicológico, bolsas de apoio assistencial etc.
Preservar sua Integridade física e psicológica, garantindo o sigilo profissional, e evitando sua exposição desnecessária.
Manutenção de vínculo trabalhista e encaminhamento a assistência judiciária.
Caso Violência Sexual: Encaminhar a serviços de profilaxia a IST/AIDS.
Manutenção do sigilo dos dados da vítima e dependentes.

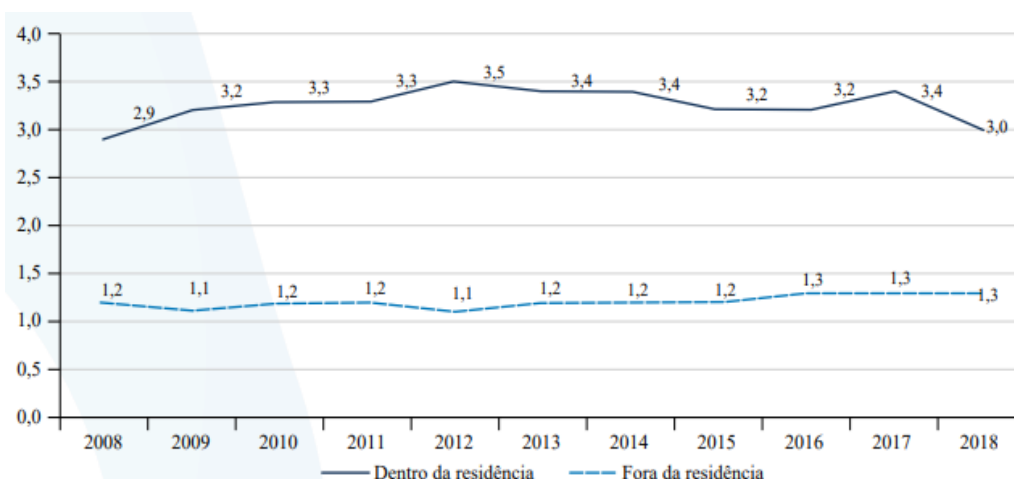
Fonte: BRASIL, 2019.

Para os atuantes da Atenção Básica, mais importante que conhecer tais conceitos que abrangem, de forma determinante, a Saúde da Mulher, é a capacidade de identificar os sinais, ténues ou explícitos, mostrados pelas mulheres que buscam esse serviço, e abordá-las adequadamente, a fim de lhes proporcionar o auxílio necessário. Entre esses sinais estão a reclusão, a baixa autoestima, ferimentos incompatíveis com a história clínica descrita, queixas somáticas inespecíficas como alterações de sono, apetite, dores pélvicas e dores no corpo, e comportamentos coercitivos por parte do parceiro ou de outro membro da família. Também valida-se a necessidade, por parte destes profissionais, do exercícios da integralidade e longitudinalidade do cuidado, referenciando quanto necessário para o mantimento da saúde do indivíduo e a acompanhando para o seu bem-estar geral.

A epidemiologia das violências

Estatísticas evidenciam as variadas faces da violência contra a mulher. No período de 2006 a 2015, o Disque 180 registrou 56,72% relatos de violência física e 27,14% de violência psicológica. Além disso, vários casos de agressão acontecem na própria residência da vítima, 69% de mulheres assassinadas sofreram violência dentro de casa, e predominantemente entre os 20 e 39 anos (BRASIL, 2019) (Gráfico 1).

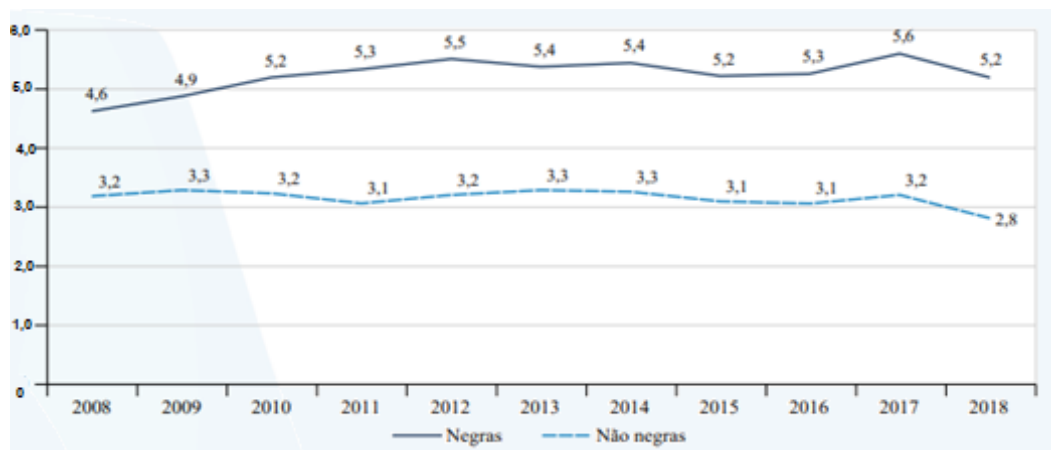
Gráfico 1. Taxa de homicídios de mulheres dentro e fora das residências entre 2008-2018



Fonte: CERQUEIRA *et al.*, 2020.

A violência contra mulheres negras traz reflexões sobre o contexto social e cultural do país. No Gráfico 2 são apresentados os dados que evidenciam a taxa de homicídios de mulheres negras em 2018, de 5,2%, enquanto de mulheres não negras 2,8%. Evidenciando o seu grau de vulnerabilidade e desigualdade com base em aspectos raciais.

Gráfico 2. Taxa de Homicídio de mulheres de 2008 – 2018 no Brasil



Fonte: CERQUEIRA *et al.*, 2020.

Conclui-se, assim, que a importância das políticas de saúde, para a proteção e auxílio das mulheres em situação de vulnerabilidade, tendo em vista o grande número de situações de violência que as mesmas se encontram na sociedade, apesar dos avanços ainda há muitas conquistas a serem realizadas em relação aos direitos e proteção da mulher, sendo fundamental o encorajamento a denúncia e notificação dos casos de violência pelos serviços de saúde, para que desta forma sejam transformadas as políticas públicas de saúde com base nos relatos dados, reforçando a rede de apoio às mulheres com o surgimento de novos segmentos sociais (BRASIL, 2011).

Além disso, a capacitação dos profissionais de saúde é fundamental para o combate a situações de violência, principalmente no âmbito da atenção básica, tendo em vista a possibilidade de vínculo da equipe com a comunidade e também do cuidado longitudinal dos indivíduos.

Integralidade saúde da mulher em situação de violência

É importante destacar que a integralidade da atenção é caracterizada pelo conjunto de cuidados relacionados a garantia da prevenção e tratamento de doenças, promoção e reabilitação, sendo importante também um apoio multiprofissional para que se cumpram esses objetivos. Neste sentido, é possível entender que a integralidade da saúde da mulher deve envolver a esfera da equidade diante de agravos e de vulnerabilidade enfrentados no cotidiano, o que significa priorizar o acesso desta minoria e garantir-lhes um cuidado integral pela suas necessidades de saúde.

Em primeiro plano, tem-se como fundamental uma organização dos serviços de saúde para que se tenha ações planejadas para a saúde da mulher em nível municipal, estadual e federal. Para isto, é também importante considerarmos não só um dos eixos de cuidado preconizados na PNAISM, que envolve a atenção às situações de violências, mas também alguns dispositivos legais que favorecem a proteção e o cuidado, como o caso da Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 2013) que defende um atendimento especializado para mulheres vítimas de violência

doméstica e sexual e garante o acompanhamento e referenciamento da vítima na rede de cuidado, o que faz com que seja fundamental o preparo dos estados e municípios para darem o suporte necessário à população.

Além disso, cabe destacar que a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como um espaço crucial de proteção da saúde das mulheres vítimas de violência, uma vez que esse nível de atenção possui o poder de ofertar um cuidado longitudinal, um fortalecimento de vínculos e uma coordenação do cuidado de forma efetiva. Desta forma, ocorre a necessidade da presença de profissionais que estejam capacitados para realizar um escuta ativa e uma abordagem comprometida com a oferta de um serviço que ofereça um cuidado holístico, propiciando, assim, a identificação de possíveis sinais e sintomas relacionados a agressão.

Cuidados à vítima de violência

O cuidado à vítima de violência, seja ela qual for, deve objetivar a promoção de segurança, o acolhimento e a satisfação das necessidades individuais da mulher, uma vez que esta encontra-se em sofrimento e pode, inclusive, adoecer. O processo não é estruturado, ou seja, não existe um roteiro para conduzir o cuidado de forma igual para todas as mulheres. Devido a isso, grande parte dos profissionais que recebem as vítimas sentem-se despreparados frente à necessidade de realizar o cuidado nessa situação, isto de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) (2017).

Por isso, é importante instruir os responsáveis pelo atendimento dessas mulheres, de modo que elas se sintam protegidas, evitando agravos posteriores. A Lei Maria da Penha evidencia a importância do planejamento de ações em saúde e posterior implementação, a fim de melhorar o cuidado às vítimas e reduzir índices de criminalidade.

Para o preparo dos profissionais, deve-se estimular o conhecimento sobre os índices e tipos de violência, consequências para a vítima, medidas legais que podem ser tomadas, fornecendo acesso à informação para tal. Também é importante que esses estejam livres de pré-conceitos e julgamentos, como culpabilizar a vítima, suas ações ou vestimentas, por exemplo. Desse modo é possível que o profissional seja capaz de atender a vítima de forma mais humanizada, atendendo não só as lesões físicas, mas também as comorbidades da paciente e seus traumas. Além disso, a mulher pode ser encaminhada para atendimento multidisciplinar, com assistente social, psicólogos, grupos de autoajuda e cuidados médicos se necessário. É importante que a paciente forme vínculos com algum dos profissionais que a atendam, de forma que se sinta segura e tenha confiança para seguir com o tratamento necessário.

Ainda dentre as condutas, o profissional deve explicitar as opções de como a vítima pode lidar com os problemas que possui, deixá-la decidir e apoiar essa decisão, fortalecer a autoestima da mulher, mostrar-se disponível e receptivo. Portanto, o profissional deve estar habilitado a assegurar que toda vítima possua o cuidado integral, respeitando crenças e valores delas.

CONCLUSÃO

Assim, pode-se concluir que os marcos civis que apoiaram ao desenvolvimento de políticas, como a Política Nacional de Saúde da Mulher, encontraram-se em situações de direcionamento anteriores somente ao processo saúde e doença, porém, com a evolução de aspectos sociais de nossa

cultura ele passou a ter, em 2004, uma visão mais integral dos processos que estabilizam o bem-estar do indivíduo, dentre os marcos biopsicossocioculturais e espirituais.

Ainda hoje, se encontram em um processo evolutivo para maior integração da mulher nas redes de apoio a situação de violência, e cabe ao profissional de saúde estabelecer condutas que visam elucidar o indivíduo sobre como articular a resolução de seus conflitos, porém não se deve centrar unicamente na resposta de um profissional, mas integrando toda a equipe e suas referências, o saber do médico de família, a resposta em cuidados de um enfermeiros, os mecanismos de enfrentamento e escuta de um psicológico, o apoio de um assistente social dentre os aspectos necessários ao desenvolvimento da mulher etc. Isto mostra, dessa forma, a necessidade constante dos profissionais de rede em um conjunto de atualizações de seu conhecimento, além do encorajamento da mulher à denúncia, mesmo que anônima, para melhora de programas assistenciais de apoio a outras pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSEMBLÉIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (AGOE). Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher: "Convenção de Belém do Pará" (1994). Belém -Pa: Secretaria Geral da Organização dos Estados Americanos, 1995. 8 p. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencaobelem1994.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW 1979: instrumentos internacionais de direitos das mulheres. Brasil: Assembleia Geral das Nações Unidas, 1999. 20 p. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL, Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=11340&ano=2006&ato=4b0gXTU5kMRpWT5c7>. Acesso em 13 nov. 2020.

BRASIL, Lei nº. 13.427, de 30 de Março de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13427.htm. Acesso em 13 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *In*: 69% das mulheres assassinadas no Brasil foram vítimas de violência dentro de casa. [S. l.], 30 abril. 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/209-69-das-mulheres-assassinadas-no-brasil-foram-vitimas-de-violencia-dentro-de-casa>. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. . Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan. Brasil, 2011. Boletim Epidemiológico, [S. l.], v. 44, n. 9, p. 1-12, 14 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_9_2013.pdf. Acesso em: 14 nov. 2020.

CERQUEIRA , D. *et al.* Atlas da Violência. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 96 p., 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36488&Itemid=432. Acesso em: 14 nov. 2020.

OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO. Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/areas-tematicas/violencia>. Acesso em: 11 nov. 2020.

Organização das Nações Unidas Mulheres (ONU). Fim da violência contra as mulheres. 2017. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/areas-tematicas/fim-da-violencia-contra-as-mulheres/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

ZAMPAR, B. *et al.* Abordagem da violência contra a mulher no contexto da Covid-19. 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/cartilha-de-orientacoes-para-mulheres-durante-a-pandemia-covid-19/>. Acesso em: 13 nov. 2020.

54

ANEMIA FERROPRIVA NA GESTAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário Cesmac – CESMAC-Maceió, AL.

AUTORES

ANNA LUIZA PEREIRA BRAGA¹
ANTÔNIO VINÍCIUS BARROS MARTIN¹
BÁRBARA ARAUJO NASCIMENTO¹
DENISE PADILHA ABS DE ALMEIDA¹
JULIA QUINTILIANO BOMFIM¹

Palavras-Chave: Anemia Ferropriva; Sangue; Complicações Hematológicas na Gravidez.

INTRODUÇÃO

A anemia ferropriva é causada pela deficiência de ferro no organismo o que acarreta na diminuição de hemoglobinas na corrente sanguínea e é a mais comum de todos os tipos de anemia. Os sintomas mais comuns são: palidez, cansaço, falta de apetite, apatia, palpitações e taquicardia.

E o diagnóstico pode ser feito a partir da realização de exames laboratoriais (hemograma, sangue oculto nas fezes, por exemplo) e exames de imagem como ultrassom e endoscopia, para investigar a origem de possíveis perdas de sangue. Nos estágios mais avançados da doença, ocorrem alterações na pele e nas mucosas (atrofia das papilas da língua e fissuras nos cantos da boca), nas unhas e nos cabelos, que se tornam frágeis e quebradiços. Ela pode ocorrer por carência nutricional, devido a outras patologias, durante a gravidez, o parto e a amamentação. Também é consequência de perdas expressivas de sangue, de hemorragias agudas ou crônicas por via gastrointestinal ou como consequência de menstruações abundantes. Essa patologia acomete mais as mulheres, devido a maior necessidade de suprir o ferro perdido no período menstrual, entretanto foi observado que os índices são ainda mais elevados em mulheres grávidas, pois é essencial a implementação de uma maior quantidade de ferro na alimentação para suprir as necessidades tanto da mãe como do feto. Por conseguinte, na maioria dos casos a quantidade de ferro ingerida na dieta não é suficiente para compensar essas necessidades, ocasionando a anemia ferropriva. O objetivo deste estudo foi demonstrar por meio uma revisão de literatura os motivos da alta incidência de mulheres com anemia ferropriva na fase gestacional.

MÉTODO

Pesquisa de revisão de literatura, realizada em meios eletrônicos de artigos indexados na base de dados da SciELO, Google acadêmico, PubMed e livros como “obstetrícia fundamental”.

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos em idioma português, estudos de revisão de literatura e sistemática, pesquisas de campo publicados entre 2000 e 2020. Com a utilização dos descritores nos descritores em ciência e saúde (Decs): Anemia ferropriva; Sangue; Anemia; Complicações Hematológicas na Gravidez, foram encontrados 107 artigos e destes, selecionamos 7 após a exclusão dos que não se adequavam ao trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

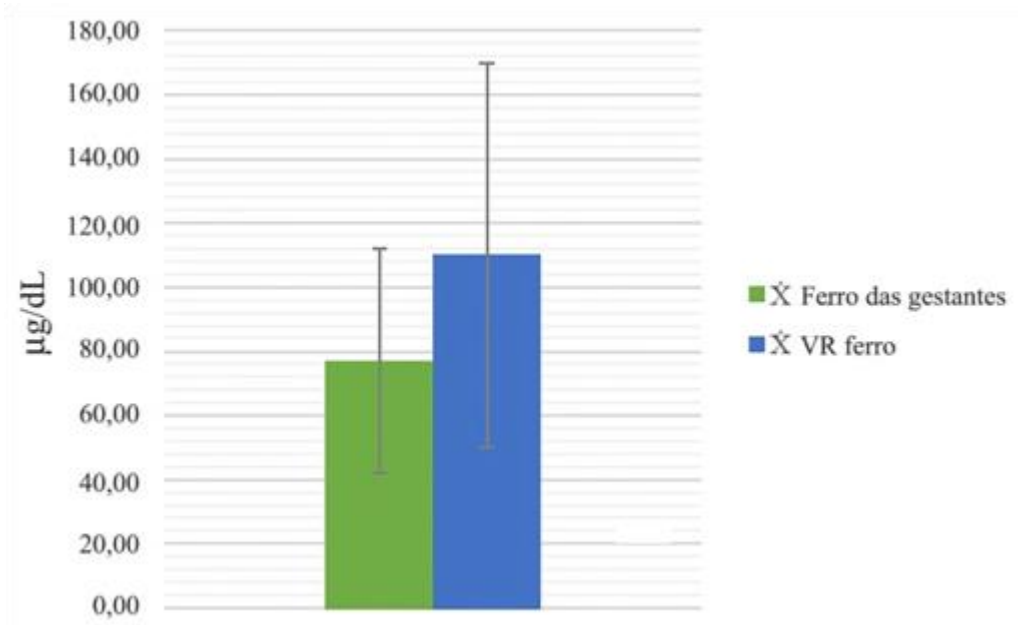
É perceptível o aumento do número de casos de anemia ferropriva durante a gestação (COELHO, 2003). Isso ocorre devido a uma maior necessidade de ferro no período gestacional, pois ele deve ser destinado tanto para a mãe como para o feto em desenvolvimento, além do mesmo acompanhar as perdas sanguíneas por conta do parto e puerpério. Logo, para ocorrer o suprimento desse ferro o organismo se utiliza de diversos meios: modificação dos hábitos alimentares (consumo maior de alimentos enriquecidos com ferro como: leite, iogurte, pães, cereais matinais, feijão, etc;

Segundo a Associação Paulista de Medicina, o ferro é melhor absorvido em jejum, seguido por alimentos ricos em vitamina C como: laranja, goiaba, morango, limão, agrião, pimentão, vegetais verde escuros e alimentos amargos como: alcachofra, jiló e agrião), também pelo controle de infecções que contribuem com a anemia e fortificação de alimentos, e principalmente com a suplementação de sulfato ferroso (geralmente feito por via oral, mas em casos extremos fazendo-se necessário seu uso por via endovenosa). Uma das razões para a suplementação de sulfato ferroso é que, durante a gravidez, os hábitos alimentares das mulheres não mudam significativamente. Portanto, devido à alta demanda fisiológica de ferro, a ingestão alimentar com alta biodisponibilidade de ferro não é obtida nesse período, o que significa uma mudança fundamental na nutrição. Por sua vez, não está presente na maioria das dietas, pois, durante a gravidez, a absorção necessária de ferro varia de 0,8 a $\leq 7,5$ mg. Os níveis séricos de ferritina e hemoglobina diminuem após 12 semanas de gestação, mesmo com a suplementação ferrosa e em qualquer um dos três regimes testados (diariamente, três vezes por semana e semanal), demonstrando maior necessidade de ferro durante esse período. Dessa forma, o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendam que todas as gestantes suplementem o sulfato ferroso, por meio do ferro oral elementar em comprimidos de 40 a 60 mg, três vezes ao dia, utilizando, conseqüentemente, os mecanismos fisiológicos normais de absorção gastrointestinal para prevenir e tratar a anemia ferropriva, pois muitos estudos apontam que isso não só ajuda a reduzir a sua prevalência, como também a evitar conseqüências adversas. Por exemplo, nascimento prematuro e baixo peso ao nascer.

Observou-se a necessidade de reavaliar a prescrição da suplementação de ferro a todas as gestantes e considerar individualmente os benefícios e malefícios que traria em cada caso, tanto para a mãe quanto ao feto em desenvolvimento e até que ponto a suplementação profilática de ferro seria necessária, qual o momento e o esquema posológico adequado para suprir as necessidades desse período. E, quando diagnosticada a anemia, quais os esquemas mais eficientes, visto que os diferentes grupos biológicos podem responder de maneira diversa, tendo em vista que a profilaxia férrica em gestantes com altos níveis de hemoglobina possa gerar mais efeitos indesejáveis que benefícios, porque seria fator predisponente ao aumento da viscosidade sanguínea, à pré-eclâmpsia, hipertensão materna, parto prematuro, restrição do crescimento intrauterino, dentre outros. Além

disso, as complicações gastrointestinais, como náuseas, vômitos, dor abdominal e constipação, são apontados como redutores da adesão à profilaxia e ao tratamento.

Figura 1. Taxa de ferro nas gestantes em comparação ao valor de referência tido como normal



Fonte:

CONCLUSÃO

Foi constatado que os índices de mulheres com anemia ferropriva aumentam significativamente no período gestacional, a anemia por deficiência de ferro é definida por níveis de hemoglobina abaixo de 11g/dl durante a gestação, isso é justificado visto que além da expansão do volume sanguíneo na gestação, também ocorre aumento das necessidades desse nutriente para o desenvolvimento fetal. Outrossim, é mínimo o número de mulheres que iniciam a gestação com taxas de ferro satisfatórias, o que legitima um cuidado a mais com os níveis adequados deste nutriente na pré-concepção. A partir da sexta semana de gestação, há um aumento progressivo da volemia plasmática, levando a hemodiluição, caracterizada pelo aumento do volume plasmático em relação ao volume eritrocitário devido à formação da placenta e ao rápido desenvolvimento do feto, que tende a estabilizar na vigésima oitava semana, o que gera uma deficiência de glóbulos vermelhos na corrente sanguínea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEREDOL, C.M *et al.* A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, p. 827, 2013.

BARROS, S.M.O.& COSTA, C.A.R. “Anemia Ferropriva e Gestação: Intervenções de Enfermagem Para Prevenção e Tratamento.” *Acta Paul Enferm.*, vol. 12, no. 2, 1 Feb. 1999, pp. 47–57, acta-ape.org/article/anemia-ferropriva-e-gestacao-intervencoes-de-enfermagem-para-prevencao-e-tratamento/. Accessed 11 Dec. 2020.

CEMBRANEL, F. Efetividade da suplementação de sulfato ferroso na prevenção da anemia em crianças: revisão sistemática da literatura e metanálise. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 1731, 2013.

GONÇALVES, Nayara, and Oliveira Resumo. *DIAGNÓSTICO DE ANEMIA FERROPRIVA NA GESTAÇÃO*.

REZENDE, Jorge -Obstetrícia Ed. Guanabara Koogan, 11ª edição, 2010.

ROCHA, D.S. *et al.* Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. *Revista de Nutrição*, v. 18, p. 481, 2005.

55

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

FILIAÇÃO

¹ Discente de Medicina, Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG.

² Discente de Medicina, Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG.

³ Discente de Medicina, Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

⁴ Médico Radiologista, Hospital IPSEMG, Belo Horizonte, MG.

AUTORES

LARISSA ROQUE MONTEIRO DE CASTRO¹

CARLOS ASSIS CAIADO FRAGA²

GABRIELE FIALHO SILVEIRA¹

ISADORA ASSIS CAIADO FRAGA³

PAULA ANDRADE FERREIRA³

LUIZA PIMENTA LIMA SANTOS³

ADIRSON MONTEIRO DE CASTRO⁴

Palavras-chave: Câncer de mama; Rastreamento; Prevenção.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células mamárias, gerando anormalidades celulares que se multiplicam, formando um tumor (INCA, 2020). Constitui um grave problema de saúde pública, sendo considerado o segundo tipo de tumor maligno mais frequente no Brasil e no mundo. De acordo com os dados do Instituto do Câncer (2020), o número estimado de novos casos de câncer de mama no Brasil, em 2020, são de 66.280, com 16.927 óbitos, sendo 16.742 mulheres e 203 homens. Entretanto, apesar da curva ascendente da taxa de mortalidade, o câncer de mama, quando detectado em fases iniciais, proporciona um aumento na possibilidade de tratamentos menos agressivos e nas taxas de sucesso satisfatórias (INCA, 2020). Dessa forma, observou-se que o rastreamento da doença é um passo importante para melhores prognósticos. No entanto, ainda há divergências sobre a faixa etária ideal para o início desse rastreamento.

Diante disso, visando padronizar o rastreamento e o esclarecimento da população, o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), por meio da Comissão Nacional de Mamografia publicaram, em 2012, as recomendações para o rastreamento por imagem do câncer de mama no Brasil. Na publicação, o rastreamento mamográfico é recomendado anualmente para as mulheres entre 40 e 74 anos, e nas mulheres acima de 75 anos apenas as que apresentam expectativa de vida maior que 7 anos (URBAN *et al.*, 2012). Entretanto,

apesar da publicação em 2012, o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto do Câncer (INCA) seguem as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) referentes ao rastreamento mamográfico, determinando que seja ofertado para mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, criando um debate acerca da melhor faixa etária para o rastreamento (INCA, 2020).

A divergência entre as idades para rastreamento é a principal diferença das recomendações para o rastreio entre as associações médicas. O que ocorre, pois, levam em consideração diferentes quesitos, fatores e condições de saúde (SILVA, 2012). Sendo assim, o rastreamento do câncer de mama é uma discussão fundamental em termos de saúde da mulher.

O objetivo deste estudo foi discutir sobre a influência do diagnóstico precoce no prognóstico da paciente com câncer de mama, abordando as divergências entre os critérios de rastreio das diferentes sociedades e instituições, revisando suas vantagens e desvantagens.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com levantamento bibliográfico realizado a partir da análise de artigos publicados nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram incluídos trabalhos na língua inglesa, portuguesa e espanhola que apresentavam combinações dos seguintes descritores: “Breast cancer”, “Screening” e “Prevention” nas modalidades revisão sistemática, revisão não-sistemática, estudo de coorte, caso-controle, ensaio clínico e diretriz. Houve restrição de tempo a partir de 2007. Foram incluídos os estudos citados nos artigos selecionados que apresentavam concordância com a temática e os critérios de inclusão, e foram excluídos os estudos com população, intervenção, desenho e estruturação que não se alinharam ao objetivo do trabalho. Os autores foram responsáveis por selecionar os estudos por meio de protocolo padronizado estabelecido em consenso antes do início das buscas nas bases de dados, visando melhor qualidade e redução de possíveis vieses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A mamografia

A mamografia é uma radiografia da mama realizada por meio do mamógrafo, em que a mama é comprimida e exposta à raios-X, gerando imagens de alta qualidade capazes de revelar a existência de sinais do câncer de mama (VENKATARAMAN & SLANETZ, 2018). O protótipo foi criado em 1965, sendo utilizado um aparelho como método de rastreio e de diagnóstico (GOLD *et al.*, 1990).

A avaliação de rotina inclui a obtenção de duas incidências - craniocaudal e médio-lateral oblíqua - de cada mama. Na incidência craniocaudal, a mama é elevada e posicionada na placa e a compressão aplicada por cima, e na visão oblíqua médio-lateral, a mama é comprimida e fotografada de lado (INCA, 2019). O posicionamento da mama é fundamental, pois caso incorreto pode levar à exclusão de partes da mama do campo de visão, com risco de não visualização do câncer (VENKATARAMAN & SLANETZ, 2018).

A mamografia diagnóstica está indicada para pacientes sintomáticas, e deve ser o primeiro exame de imagem efetuado após os 40 anos. Já a mamografia para detecção precoce pode ser realizada a partir dos 40 anos, com intervalos anuais (FRASSON & NOVITA, 2017).

Rastreamento na mulher de alto risco

Estima-se que 75 a 80% dos casos de câncer de mama originem-se em mulheres sem fatores de risco para a doença. Apenas 10% dos tumores são considerados hereditários e 10 a 15% possuem história familiar positiva (FRASSON & NOVITA, 2017). No entanto, a identificação das pacientes de maior risco é útil, pois permite selecionar os casos que se beneficiam de intervenções.

De acordo com o INCA (2020), podem existir fatores ambientais e/ou comportamentais, reprodutivos e/ou hormonais, e genéticos e/ou hereditários, que aumentam o risco da doença (Tabela 1). A mulher que possui um ou mais dos fatores genéticos e/ou hereditários é considerada com risco elevado para desenvolver câncer de mama. No entanto, a presença de um ou mais desses fatores de risco não significa que a mulher necessariamente terá a doença.

Tabela 1. Fatores de risco para o câncer de mama

Ambientais e Comportamentais	História Reprodutiva e Hormonal	Genéticos e Hereditários
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obesidade e sobrepeso após a menopausa; ➤ Sedentarismo e inatividade física; ➤ Consumo de bebida alcoólica; ➤ Exposição frequente a radiações ionizantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Primeira menstruação antes de 12 anos; ➤ Nuliparidade; ➤ Primeira gravidez após os 30 anos; ➤ Menopausa após os 55 anos; ➤ Uso de contraceptivos hormonais (estrogênio-progesterona); ➤ Ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ História familiar de câncer de ovário; ➤ Casos de câncer de mama na família, principalmente antes dos 50 anos; ➤ História familiar de câncer de mama em homens; ➤ História familiar de câncer de mama em homens.

Fonte: adaptado de INCA, 2020.

As mulheres consideradas de alto risco para o desenvolvimento de câncer de mama têm risco vitalício maior ou igual a 20% (RR > 2,5), e as de risco moderado entre 15 e 20% (RR: 1,6 a 2,5), como disposto na Tabela 2.

Tabela 2. Análise do risco

Análise do risco	Risco vitalício	Rastreamento	Observações
Baixo	RV < 15%	A partir de 40 anos	-
Moderado	RV 15 a 20%	A partir de 25 anos	Avaliar risco-benefício para ressonância magnética e quimioprevenção
Alto	RV > 20%	Mamografia e ressonância magnética de mamas a partir de 25 a 30 anos	Solicitar avaliação com geneticista

Fonte: adaptado de FRASSON & NOVITA, 2017, p. 199.

Em mulheres de alto risco, o rastreamento por meio da mamografia pode ser iniciado 10 anos antes da idade que foi diagnosticado câncer em parente de 1º grau, mas não antes dos 30 anos. Estima-se que 5 a 10% dos casos de câncer de mama são identificados em indivíduos que apresentam mutações herdadas de maneira autossômica dominante, sendo que uma parcela destas está associada a mutações nos genes supressores tumorais *Breast Cancer type 1* (BRCA 1) e *Breast Cancer type 2* (BRCA 2) (CLAUS *et al.*, 1996; EASTON *et al.*, 1993). Mulheres com mutação do BRCA 1 e BRCA 2, também possuem indicação do rastreio com início entre 25 e 30 anos. Além disso, mulheres submetidas a radioterapia no tórax ou axila por doença de Hodgkin, aos 18 anos ou antes dos 30 anos, devem iniciar a mamografia 8 anos após o término do tratamento (URBAN *et al.*, 2012; FRASSON & NOVITA, 2017).

Não há estudos que comparam de forma direta o efeito na mortalidade pelo câncer de mama de acordo com diferentes intervalos de rastreamento. Dessa forma, esta relação tem sido obtida por meio de evidências indiretas que incluem meta-análises, modelos matemáticos, estudos observacionais e modelos de microssimulação, que mostram evidências científicas de baixa qualidade sobre o impacto do intervalo de rastreio na redução da mortalidade. De acordo com um estudo desenvolvido pelo *Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network* (CISNET), as estratégias de rastreamento com intervalo bianual retiveram 79% a 81% da redução na mortalidade obtida com o intervalo anual, dependendo da idade de início do rastreamento (BERRY *et al.*, 2005).

Rastreamento da população geral

Há um grande debate em relação à idade de início do rastreamento mamográfico em mulheres assintomáticas, resultando em diferentes recomendações atuais entre as associações médicas, com a idade de início variando entre 40, 45 ou 50 anos. O CBR, a SBM e a FEBRASGO, recomendam o rastreamento mamográfico anual com início aos 40 anos.

Para essas entidades, o rastreamento das mulheres com risco populacional usual através da mamografia deve ser feito anualmente nas pacientes entre 40 e 74 anos, preferencialmente com técnica digital (Tabela 3). A detecção de pequenos tumores assintomáticos possibilita um maior número de opções terapêuticas, aumenta a chance de tratamento conservador e reduz a necessidade da quimioterapia (URBAN *et al.*, 2012).

Tabela 3. Recomendações de 2017 para o rastreamento mamográfico de acordo com cada entidade.

Entidade	Idade de início	Intervalo	Término
CBR, SBM, FEBRASGO	40 anos	Anual	Enquanto a mulher estiver com boa saúde e expectativa de vida de pelo menos 7 anos
USTF	50 anos 40 a 49 anos, decisão individualiza	Bianual	74 anos
ACR, SBI	40 anos	Anual	Enquanto a mulher estiver com boa saúde e expectativa de vida de 5 a 7 anos
ACOG	40 anos	Anual	75 anos
ACS, ASCO	45 anos, podendo se iniciar aos 40 anos	Até 54 anos anual Acima de 54 anos bianual ou anual	Enquanto a mulher estiver com boa saúde e expectativa de vida de 10 anos

Fonte: adaptado de FRASSON & NOVITA, 2017, p. 77.

Benefícios e malefícios do rastreamento entre 40 e 49 anos

Até 2009, havia um consenso em se recomendar o rastreamento mamográfico anual com início aos 40 anos, baseando-se na redução na mortalidade observada nesta faixa etária. Nesse mesmo ano, a *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) introduziu o balanço entre os efeitos adversos e os benefícios na mortalidade nas suas decisões sobre o rastreamento do câncer de mama. Consequentemente, sugeriram que o rastreamento mamográfico entre 40 e 49 anos fosse individualizado, e mulheres em que os benefícios potenciais superavam os efeitos adversos, poderiam escolher iniciar o rastreamento antes dos 50 anos (URBAN *et al.*, 2012).

Essa força tarefa realizou vários estudos prospectivos, randomizados e controlados, que demonstraram redução de 8% no risco relativo de morte por câncer de mama em mulheres que foram submetidas ao rastreamento mamográfico com idade entre 39 e 49 anos. Além disso, em uma análise observacional realizada na Suécia, foi observado a diminuição de 29% no risco relativo de câncer de mama em mulheres do grupo etário 40 a 49 anos que realizaram o rastreamento mamográfico (HELLQUIST *et al.*, 2011). Outro estudo prospectivo, randomizado e controlado produzido no Reino Unido, identificou a redução de 25% no risco relativo de morte por câncer de mama nos primeiros 10 anos após o diagnóstico no grupo que iniciou o rastreamento mamográfico aos 40 anos (MOSS *et al.*, 2006). É importante ressaltar que diferentes estudos observacionais específicos para essa faixa etária mostraram redução de até 50% no risco relativo de morte por câncer de mama (URBAN *et al.*, 2012).

Para mulheres com 70 anos ou mais, principalmente acima dos 75 anos, as evidências disponíveis são escassas e insuficientes para análises definitivas sobre o equilíbrio entre benefícios e malefícios do rastreamento mamográfico. O câncer de mama é uma das principais causas de morte em mulheres com mais de 75 anos, mas a menor expectativa de vida, a maior frequência de tumores com bom prognóstico, o maior risco de morrer de outras doenças e a maior chance de *overdiagnosis*, sugerem que o benefício do rastreamento mamográfico pode não ser tão relevante nesta faixa etária (URBAN *et al.*, 2012).

A maior parte das principais sociedades médicas, não estabelece nenhuma idade específica para interrupção do rastreamento mamográfico, sugerindo que essa decisão deve ser individualizada, levando em consideração a saúde global e a expectativa de vida da paciente. O CBR, a SBM e a FEBRASGO, recomendam manter o rastreamento mamográfico enquanto a mulher estiver com boa saúde e expectativa de vida de pelo menos 7 anos (URBAN *et al.*, 2012).

No Brasil, o rastreamento é feito de forma oportunista, de modo a depender da procura espontânea da paciente pelo serviço de saúde. Há uma grande crítica acerca desse modo de rastreio, visto que, além de ser menos efetivo no impacto sobre a mortalidade atribuída à condição rastreada, é mais oneroso para o sistema de saúde. Em países desenvolvidos, como a Inglaterra, o rastreio é feito de forma ativa, com recrutamento da população-alvo através de cartas-alvo, enviadas diretamente às residências (URBAN *et al.*, 2012).

Para padronizar a interpretação e descrição de laudo, sistematizar a classificação e conduta das lesões visualizadas em exames de imagem foi formulado o *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS). A classificação BI-RADS (Tabela 4) foi inicialmente publicado em 1993, pelo *American College of Radiology*, em colaboração com várias entidades americanas e atualmente se encontra em sua 5ª edição publicada em 2013. Classificação que pode ser aplicada na mamografia, na ultrassonografia e na ressonância magnética.

Tabela 4. Classificação BI-RADS

Categoria	Impressão diagnóstica	Recomendações	Risco de câncer
0	Exame inconclusivo	Complementar estudo	Exame incompleto
1	Normal	Exame de rotina anual	0
2	Achado benigno	Exame de rotina anual	0
3	Achado provavelmente benigno	Realizar controle precoce	≤ 2
4	Achado suspeito	Realizar biópsia	3 a 94%
5	Achado altamente suspeito	Realizar biópsia	≥ 95%
6	Achado investigado previamente e com resultado positivo para câncer	Tratamento adequado	100

Fonte: adaptado de FACINA, 2020.

Câncer de mama HER2 e receptores hormonais

A hiperexpressão do receptor tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2) na superfície celular das células mamárias malignas garante à esse câncer maior capacidade de crescimento e de disseminação do que outros tipos de neoplasias da mama. Por outro lado, os tumores HER2 positivo são muito mais responsivos à terapia medicamentosa (WOLFF *et al.*, 2018). O resultado da imunohistoquímica realizada na amostra da biópsia revela a positividade do tumor para o HER2 e sua resposta ao tratamento. Se o resultado for 0 ou 1+, o câncer se enquadra como HER2 negativo, não respondendo aos medicamentos que tem como alvo terapêutico o receptor em questão. Se o resultado for 2+, não há certeza sobre o status HER2 do tumor, sendo necessária uma repetição do exame com hibridação fluorescente *in situ* para a conclusão do desfecho. Se o resultado for 3+, o câncer pode ser considerado HER2 positivo, sendo indicado o uso de medicamentos que usam a proteína HER2 como alvo (CIRQUEIRA *et al.*, 2011).

Outra classificação possível dos tumores mamários pode ser referente à presença ou ausência de receptores de estrogênio (RE) ou de receptores de progesterona (RP). Essa expressão é variável, podendo ser intensa ou fraca, e podendo apresentar ambos os receptores ou nenhum. Em um câncer de mama receptor positivo, deve-se fazer uso da hormonioterapia até essa deixar de fazer efeito, o que retarda a necessidade do uso da quimioterapia. Em doenças metastáticas, estudos revelam que os hormonioterápicos podem controlar a neoplasia por muitos anos (CIRQUEIRA *et al.*, 2011).

CONCLUSÃO

A redução da mortalidade pelo câncer de mama vista em vários países é resultado do diagnóstico precoce e do acesso da população ao tratamento adequado. A detecção precoce beneficia as pacientes com tratamentos e cirurgias menos agressivos, aumenta as possibilidades de cura e reduz os custos finais do tratamento. Além disso, o rastreamento mamográfico com intervalo anual assegura uma maior redução na mortalidade pelo câncer de mama, especialmente em mulheres jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERRY, D.A. *et al.* Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *New England Journal of Medicine*, v. 353, p. 1784, 2005.
- CIRQUEIRA, M.B. *et al.* Subtipos moleculares do câncer de mama. *Femina*, v. 39, n. 10, 2011.
- CLAUS, E.B. *et al.* The genetic attributable risk of breast and ovarian cancer. *Cancer*, v. 77, p. 2318, 1996.
- EASTON, D.F. *et al.* Genetic linkage analysis in familial breast and ovarian cancer: results from 214 families. The Breast Cancer Linkage Consortium. *American Journal of Human Genetics*, v. 52, p. 678, 1993.
- FACINA, G. Mamografia: classificação BI-RADS. Facina, 2020. Disponível em: <<https://facina.com.br/classificacao-bi-rads>>. Acesso em: 7 de set. 2020.
- FRASSON, A. & NOVITA, G. doenças da mama: guia de bolso baseado em evidências. ed. 2. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
- GOLD, R.H. *et al.* Highlights from the history of mammography. *Radiographics*, v. 6, p. 1111, 1990.
- HELLQUIST, B.N. *et al.* Effectiveness of population-based service screening with mammography for women ages 40 to 49 years: evaluation of the Swedish Mammography Screening in Young Women (SCRY) cohort. *Cancer*, v. 117, n. 4, p. 714-22, 2011.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Atualização em mamografia: para técnicos em radiografia. INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//2a_edicao_atualizacao_em_mamografia_para_tecnicos_em_radiologia_2019.pdf>. Acesso em: 7 set. 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Câncer de mama. INCA, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 7 set. 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. INCA, 2019. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 7 set. 2020.
- MOSS, S.M. *et al.* Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet*, v. 368, p. 2053, 2006.
- SILVA, R.C. Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para a discussão das condições essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- URBAN, L.A. *et al.* Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. *Radiologia Brasileira*, v. 45, p. 334, 2012.
- VENKATARAMAN, S. & SLANETZ, P. J. Breast imaging for cancer screening: Mammography and ultrasonography. *UpToDate*, 2018.
- WOLFF, A.C. *et al.* Human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update. *Journal of Clinical Oncology*, v. 36, p. 2105, 2018.

56

A VULNERABILIDADE À INFECÇÃO POR DSTs EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário CESMAC - Maceió, AL.

AUTORES

GABRIELA MOREIRA LOPES¹

ISABELA LINS CAVALCANTI¹

RENATA FERREIRA LEMOS¹

LAISY AMORIM FARIAS DE ALMEIDA¹

RENATA DA SILVA SOUZA¹

CAMILLA MONIELYCK MENDONÇA GUIMARÃES¹

BIANCA DE OLIVEIRA BOMFIM BARROS¹

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis; Homossexualidade Feminina; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A comunidade LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) é mais suscetível a problemas de saúde e sociais devido a marginalização, estigma e pressão normativa que acometem as minorias sexuais e de gênero (WAHLEN *et al.*, 2020). Dessa forma, a vulnerabilidade às infecções por DSTs decorrentes da sexualidade feminina não heterossexual associa-se tanto à invisibilidade social, como às experiências negativas e de preconceito que este público vivencia nos serviços de saúde (RUFINO *et al.*, 2018).

Um ponto relevante que deve ser observado nesse contexto é a variação das parcerias sexuais e seu padrão de ocorrência ao longo da vida dessas mulheres, visto que elas podem se relacionar com parceiras de comportamento exclusivamente homossexual ou parceiras que tenham relações com homens, além disso, esta mesma mulher pode ter relações com homens, de forma esporádica ou regular. Sendo assim, toda essa exposição sexual, acrescida a uma menor frequência de realização de exames preventivos, menor solicitação de exames pelos profissionais da área da saúde e por essas mulheres nem sempre realizarem os tratamentos e métodos preventivos recomendados, torna-se um importante agravante para o crescimento das infecções por doenças sexualmente transmissíveis (BERTOLIN *et al.*, 2010).

Vale ressaltar que existe, de fato, uma resistência dessas mulheres em procurar a assistência médica, o que pode ser explicado pelo despreparo e falta de sensibilidade dos profissionais no que se refere às necessidades de saúde das pessoas LGBT, bem como à discussão da orientação sexual e identidade de gênero, visto que a educação médica não enfatiza ou incentiva estudos e capacitações acerca do tratamento adequado às minorias. Conseqüentemente pode-se observar poucos estudos e

dados específicos relacionados a prática sexual homossexual entre mulheres e sua relação com doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Portanto, a baixa utilização dos serviços de saúde, bem como a discriminação e o estigma por parte da sociedade como um todo contribuem, reforçam e perpetuam as desigualdades enfrentadas pela comunidade LGBT, dificultando o tratamento e o cuidado eficaz desta população. O objetivo do presente estudo é correlacionar a vulnerabilidade à infecção por DSTs de mulheres que praticam relação sexual com mulheres, como uma importante questão de saúde pública.

MÉTODO

Etapas do Estudo

O presente estudo é uma revisão integrativa, exploratória e descritiva. Buscou-se apurar os dados da literatura que elucidassem a relação entre práticas homossexuais femininas de risco com a maior chance dessa população contrair DSTs. Inicialmente, foi realizada uma seleção dos descritores por meio da plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), de modo a constituir a estratégia de busca “homossexualidade feminina AND doenças sexualmente transmissíveis AND saúde pública” que possibilitou a realização da pesquisa nas bases de dados eletrônicas MEDLINE (Via PubMed) e LILACS (Via BVS). A princípio, os critérios de inclusão e exclusão foram elaborados com o intuito de elucidar o escopo dessa pesquisa. Estabeleceu-se, então, uma seleção por leitura dos títulos dos trabalhos, seguida da leitura dos resumos e posteriormente, realizou-se uma leitura por completo, utilizando-se os artigos escolhidos na leitura por completo para compor o estudo

Critérios de Inclusão

Foram incluídos artigos que constatarem onexo causal entre as práticas sexuais de risco entre mulheres homossexuais e o maior risco de adquirirem DSTs. Além disso, incluiu-se estudos escritos na língua vernácula e inglesa. Não houve delimitação quanto ao ano de publicação do artigo.

Critérios de Exclusão

Foram excluídos artigos que versavam sobre a homossexualidade masculina, estudos cuja amostra eram homens que praticavam sexo com homens e trabalhos que não abordavam a infecção por DSTs.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas bases de dados pesquisadas, 56 artigos foram descobertos, dos quais 42 foram excluídos na fase de leitura de títulos, cinco excluídos na leitura de resumos e três excluídos na leitura do artigo completo, restaram seis artigos de características pertinentes para o presente trabalho.

Em sua grande maioria, as mulheres que responderam as pesquisas nos estudos encontrados, e que se declararam como homossexuais, possuem escolaridade em média de dez anos e são em sua maioria mulheres adultas.

Os tipos de práticas sexuais mais comuns entre as mulheres que fazem sexo com outras mulheres (MSM) são mostrados na Tabela 1. As práticas sexuais mais frequentes entre mulheres que fazem sexo com mulheres são o sexo oral e penetração vaginal com dedos e o método de barreira mais utilizados são o plástico filme e luva de dedos, respectivamente. Já na prática de penetração vaginal com brinquedo e penetração anal, o preservativo masculino é o método de barreira mais utilizado.

Tabela 1. Prática sexual mais comum vs. Método preventivo mais utilizado

<i>Prática sexual mais comum</i>	<i>Método preventivo de barreira</i>
Sexo Oral	Plástico filme
Penetração vaginal com dedos	Luva de dedos
Penetração vaginal com objetos	Preservativo masculino
Penetração anal	Preservativo masculino

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Todavia, a frequência do uso desses métodos no sexo entre mulheres é baixa, principalmente nas práticas de sexo oral e penetração vaginal com os dedos. A maioria das MSM não utiliza os métodos de barreira, sendo a prevenção mais frequente quando existe a prática de sexo com homens, em que o preservativo masculino é o principal recurso escolhido. Sendo assim, devido a esta baixa adesão aos dispositivos de barreira, o risco para contrair DSTs é agravado, podendo este ser reduzido com o simples emprego dos métodos durante as relações sexuais (RUFINO *et al.*, 2018).

As DSTs mais comuns entre MSMs são mostradas na Tabela 2. O conhecimento por parte do grupo sobre DSTs é limitado, sendo vinculado, em sua maioria, apenas com práticas sexuais com homens.

Tabela 2. DSTS mais comuns entre MSMs

<i>Herpes</i>
<i>HPV</i>
<i>Gonorreia</i>
<i>Sífilis</i>
<i>Vaginose Bacteriana</i>
<i>Candidíase Vaginal</i>

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Entre as DSTs mais comuns no grupo de MSM, o HPV é uma das mais preocupantes, já que o câncer de colo de útero é o segundo tipo mais incidente no Brasil. Entre a maioria das MSM existe uma falta de conhecimento sobre o significado de HPV, bem como sobre o exame preventivo, meios de proteção e fatores de risco. Em relação ao exame de Papanicolaou, a maioria das MSM não realiza com a frequência adequada e outras nunca fizeram o exame. Gerando dificuldades no rastreamento do câncer de colo de útero no Serviço de Saúde (BERTOLIN *et al.*, 2010).

Alguns fatores de risco foram identificados no grupo de MSM, como o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, escassez do uso de métodos de barreira e o número excessivo de parceiros sexuais. O consumo de álcool e tabaco pode diminuir a imunidade, tornando o indivíduo mais suscetível a infecções pelo vírus HPV. A baixa frequência ou falta do uso de métodos de barreira gera um risco maior de infecção por HPV devido ao contato sexual ser direto (pele com pele). A utilização de brinquedos sexuais é arriscada quando compartilhada, pois esses podem não ser higienizados na hora da relação, alargando o risco de contaminação. Relações sexuais com múltiplos parceiros sexuais apresentam altas taxas de infecção por HPV quando comparadas a relações sexuais com um só parceiro (CHEN *et al.*, 2020).

Grande parte das MSM relatam relação sexual com homens em algum momento da sua vida sexual, evidenciando a fluidez das práticas sexuais no grupo e aumentando o risco de contrair alguma DST. Isso reforça o quanto é importante informar, durante consultas ginecológicas, a natureza da identidade e prática sexual para que haja uma assistência adequada (RUFINO *et al.*, 2018).

O estigma, junto ao preconceito relacionado à orientação sexual presente na população, infelizmente reflete na saúde pública. Uma parte relevante das MSM dizem não revelar durante a consulta a sua orientação sexual e outra parte afirma não ir a consultas ginecológicas. Isso pode ser causado porque parte das MSM acreditam que não necessitam desse atendimento médico, visto que associam essas consultas ginecológicas com a relação sexual com homens e com questões reprodutivas e por acreditar na crença de que não são suscetíveis a DSTs (BERTOLIN *et al.*, 2010).

Geralmente, mulheres heterossexuais procuram os serviços de saúde, a princípio, em relação a sua saúde reprodutiva e em busca de métodos anticoncepcionais, e esta porta de entrada contribui para a continuidade dos cuidados, estabelecendo seu acesso à saúde. Entretanto a percepção de que as MSM não necessitam desses cuidados, por não refletir em uma possibilidade reprodutiva é totalmente equivocada (GRIFFIN *et al.*, 2020).

A crença de que MSM não são suscetíveis a contrair DSTs e AIDS, é disseminada no próprio grupo e entre os profissionais da saúde, isso favorece a cultura do desinteresse por parte das MSM em buscar assistência médica. A contaminação por HIV e casos de AIDS existe entre mulheres com prática sexual exclusiva com mulheres, em porcentagem menor em relação a mulheres que praticam sexo com homens (RUFINO *et al.*, 2018).

Tudo isso em conjunto com fatores estabelecidos na saúde pública geral, como formulários heteronormativos, os quais assumem que todos os entrevistados são heterossexuais, atitudes de profissionais da saúde que se voltam para a suposição tendenciosa quanto a heterossexualidade do paciente, bem como uma falta de preparação e capacitação desses profissionais quanto ao acolhimento e cuidado dessa paciente, levam a uma maior tensão e dificulta a relação médico-paciente, gerando risco importante quanto ao cuidado da saúde sexual e reprodutiva das MSM (PASCHEN-WOLFF *et al.*, 2020).

No entanto, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que os profissionais da saúde sigam protocolos padrões quanto ao rastreio de doenças sexualmente transmissíveis e rastreio de câncer cervical também para MSM, visto que muitas vezes essas mulheres podem manter relações sexuais com homens, direta ou indiretamente. O conhecimento médico das práticas sexuais, independentemente da identidade sexual autorreferida pelas MSM, pode influenciar positivamente na identificação de sua suscetibilidade ao câncer do colo uterino, DSTs e AIDS. Além disso, quando o profissional conhece a identidade sexual das MSM esse tem mais facilidade em identificar as

vulnerabilidades dessas mulheres e compreenderem como estas enxergam o impacto negativo sobre sua saúde (RUFINO *et al.*, 2018). É válido ressaltar que um fornecimento ideal de serviços de saúde e prevenção para minorias sexuais e de gênero exige provedores sensíveis e informados acerca do estigma existente, das barreiras ao acesso do cuidado e dos fatores de risco e condições de saúde específicos para esse público (WAHLEN *et al.*, 2020).

Dessa forma, evidencia-se que todos os obstáculos existentes corroboram tanto para uma menor taxa de oferta de saúde preventiva, como para uma menor adesão das MSM à rede de saúde pública e, por conseguinte, este público fica mais suscetível à contração de DSTs.

CONCLUSÃO

Diante dos fatos mencionados, evidencia-se que mulheres que fazem sexo com mulheres estão mais vulneráveis a infecções por DSTs, sendo a estigmatização social um fator de grande relevância para essa vulnerabilidade. Somado a isso, é pertinente o fato das mulheres apresentarem uma maior prevalência quanto a fatores de risco importantes relativos à saúde como um todo, uma vez que há negligência tanto por parte delas, que não tomam os devidos cuidados na prática sexual e na busca de cuidados ginecológicos, como por parte do serviço público de saúde ofertado que não busca investir nas particularidades desse público devido à disseminação da ideia da não susceptibilidade desse grupo. Posto isto, é inegável que o assunto é uma questão de saúde pública e merece uma atenção voltada no desenvolvimento de políticas que acolham essa população de maneira holística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTOLIN, D.C. *et al.* Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papilomavírus humano. *Cogitare Enfermagem*, v. 15, p. 730, 2010.

CHEN, X. *et al.* Epidemiological investigation on the cervical health of lesbians in Beijing, China. *Journal of International Medical Research*, v. 48, p. 1, 2020.

GRIFFIN, M. *et al.* Healthcare experiences of urban young adult lesbians. *Women's Health*, v. 16, p. 1, 2020.

PASCHEN-WOLFF, M.M. *et al.* Sexual Minority Women's Sexual and Reproductive Health Literacy: A Qualitative Descriptive Study. *Health Education & Behavior*, v. 47, p.728, 2020.

RUFINO, A.C. *et al.* Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, e2017499, 2018.

WAHLEN, R. *et al.* Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. *PloS one*, v. 15, e0234743, 2020.

57

A SEXUALIDADE E A SAÚDE SEXUAL DA MULHER NAS DIFERENTES FASES DA VIDA

FILIAÇÃO

1 Acadêmica do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR

AUTORES

GIULIA BERGAMASCO COSTA¹

JULIA OMAIRI HECK¹

JULIANA HUMMELGEN¹

LAURA MARIA DE AMORIM¹

LAURA SMIGUEL PILATTI

Palavras-chave: Sexualidade; Infância e Adolescência; Terceira Idade

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, erroneamente a sexualidade é confundida com ato sexual e/ou órgãos genitais. Embora a relação sexual seja um fator importante, a sexualidade não é limitada ao sexo e à genitalidade. A sexualidade é caracterizada por um conjunto de qualidades humanas que traduzem formas de expressar a energia vital, manifestando-se por afetividade, prazer/desprazer, desejos, necessidades e vida (BRASIL, 2010). É construída culturalmente, respondendo aos anseios sociais aos quais são expostos no decorrer da vida (CARVALHO *et al.*, 2012). Assim, as diferentes maneiras pelas quais a sexualidade é vivenciada são determinadas pelo contexto sócio-históricos (BRASIL, 2006).

Desde o nascimento até a senescência, a sexualidade influencia no comportamento do ser humano, sendo, assim, essencial para a formação humana (NETO, 2002). Durante a infância, a sexualidade está relacionada ao autoconhecimento, à exploração de desejos, prazeres e dores, reconhecimento de outros e à afetividade. Na adolescência, com a secreção hormonal, ocorre o início do interesse sexual, as principais mudanças anatômicas e fisiológicas, como o desenvolvimento das mamas e as secreções hormonais. Já a fase adulta é o ápice da sexualidade humana, e interfere na maturidade do indivíduo que se encontra suficientemente maduro para estabelecer vínculos afetivos e usufruir deles. Por fim, na terceira idade, é a maturidade humana que se encontra no ápice, porém, é também nessa fase que fatores sociais, familiares e pessoais desestabilizam a sexualidade anteriormente alcançada, sendo visto popularmente como um grupo assexuado (CONCEIÇÃO & VITIELLO, 1998).

Diferentemente, o “fazer sexo” refere-se a ao ato da relação sexual e não aparece em todas as fases do desenvolvimento humano (NETO, 2002). É durante a adolescência que, usualmente, ocorre a primeira relação sexual e, a partir de então, as relações sexuais, mesmo sendo popularmente

desconsideradas, continuam presentes na vida do ser humano até a morte, sendo, inclusive, normal na terceira idade (CONCEIÇÃO & VITIELLO, 1998). A relação sexual expressa uma natureza multifatorial na saúde através do autocuidado e da qualidade de vida (CUNHA *et al.*, 2011). Concomitante, a sexualidade compreende aspectos culturais, sociais, psicológicos e biológicos que influenciam, também, na saúde da mulher (BRASIL, 2010).

Dentro desse contexto, o objetivo deste capítulo é descrever a sexualidade e a saúde sexual da mulher nas diferentes fases da vida, com enfoque principal na infância, adolescência e terceira idade. A abordagem será baseada nos conceitos da sexualidade, desejo e prazer; menarca e menopausa; sexo; gravidez; e infecções sexualmente transmissíveis nessas diferentes faixas etárias, bem como suas particularidades.

MÉTODO

A elaboração do capítulo em questão foi realizada a partir de uma revisão bibliográfica da sexualidade feminina na infância, adolescência e velhice, e subtemas relacionados. Para melhor estruturação, utilizou-se a divisão em: desejo e prazer, menarca e menopausa, gravidez, sexo e prevenção, e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A busca por referências bibliográficas para embasamento teórico dos temas ocorreu por revisão de literatura nas bases de dados SciELO[®] e PubMed[®], nas línguas portuguesa e inglesa, além da plataforma de atualização médica UpToDate[®]. Foram utilizadas também cartilhas e boletins epidemiológicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, bem como livros de fisiologia humana. Os principais termos pesquisados foram: “sexualidade feminina”, “gestação”, “infecções sexualmente transmissíveis”, “adolescência e infância”, e “mulher idosa”. Foram considerados artigos originais, descritivos e de revisão, restringindo-se a informações sobre a sexualidade da mulher cis no período da infância, adolescência e velhice.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sexualidade, desejo e prazer

Os prazeres, assim como a sexualidade, se manifestam desde o início da vida e se desenvolvem acompanhando o desenvolvimento do indivíduo. Segundo ideias de Aristóteles em “Prazer e desejo”, o prazer é o objeto natural do desejo. Assim, o desejo deve ser educado para se habituar ao prazer com o que, como e quando, para, então, conquistar a virtude moral. Para tal educação acontecer, é necessária a presença da racionalidade no ser humano. No entanto, a racionalidade é externa ao ser, e por isso na infância existe apenas potência. Desta forma, a criança possui prazeres, porém sem a racionalidade necessária para moderá-la. É, então, através do amadurecimento que o caráter é constituído, e a razão passa a estar sob domínio. Assim, quando há o domínio dessa racionalidade, o desejo também é dominado e, só então, a virtude (AGGIO, 2011). Com a ascensão da burguesia e da Igreja no século XVIII, passou a ser exaltada a pureza infantil, valorizando uma educação que mantinha a criança desinformada e reprimida sobre os conceitos de prazer, desejo e sexualidade. Mais tarde, Freud afirmou a existência da sexualidade na infância, correlacionando-a com as fases do desenvolvimento (CONCEIÇÃO & VITIELLO, 1998).

A definição e as manifestações de prazer, desejo e sexualidade são debatidos desde tempos primórdios, sendo na infância muitas vezes descartada. Atualmente, na visão psicanalítica, a teoria Freudiana é a mais referida sobre a sexualidade na infância. Durante a infância, são vivenciadas essas quatro fases: fase oral, fase anal, fase fálica e fase de latência (CONCEIÇÃO & VITIELLO, 1998). No primeiro ano de vida, ocorre a fase oral, em que sua comunicação com o mundo se dá pela boca, sucção e choro. Nessa fase, o bebê não se diferencia da sua mãe, sentindo-se ligado como se fossem um. O hábito de chupar o dedo ou a chupeta, o desejo de morder e colocar coisas na boca (FREUD, 1905) e a amamentação são representações do prazer do bebê na região oral (CONCEIÇÃO & VITIELLO, 1998).

No final dos dois anos de vida, o bebê encerra a fase oral para entrar em uma nova: a fase anal, em que há o descobrimento dos controles dos esfíncteres. Através de treinamento com os pais, a criança aprende a controlá-los (FREUD, 1905). Assim, a pulsão de dominação da musculatura do corpo ocorre pelo ato de dominar o esfíncter e as fezes, que são consideradas pela criança como uma parte do seu corpo, o que lhe causa preocupação com seu destino (COUTO, 2017).

Terminada a fase do esfíncter, a descoberta do seu próprio corpo e seus prazeres está concluída (CONCEIÇÃO & VITIELLO, 1998). A próxima fase, a fálica, ocorre do terceiro ao décimo ano de vida, etapa marcante no desenvolvimento humano. Nessa fase, são descobertos os órgãos sexuais e as diferenças entre meninas e meninos, sendo a presença ou não de pênis a característica mais observada (FREUD, 1905). A presença do pênis é considerada uma poderosa parte anatômica, tanto para os meninos que o prezam (COUTO, 2017), quanto para as meninas que acreditam não terem pênis porque lhes foi cortado e se sentem inferiorizadas por causa disso. Essa fase é marcada pela curiosidade sexual. Portanto, o objetivo da criança passa a ser conhecer o corpo do outro e os prazeres que podem ser descobertos, além de observar o ambiente ao seu redor (CONCEIÇÃO & VITIELLO, 1998).

Na última fase, a de latência, inicia-se o aprendizado formal, devido às crianças estarem na escola, e novas atividades surgirem. Estas novas atividades proporcionam tanto prazer que as crianças se desligam das questões sexuais (FREUD, 1905). Durante esse estágio, ocorre o desenvolvimento psicosssexual, no qual é iniciado o relacionamento interpessoal com outras crianças e a exploração do corpo pelas sensações proporcionados pelo outro indivíduo (CONCEIÇÃO & VITIELLO, 1998), mas sem preferência a alguma anatomia específica do corpo. Nessa fase, também ocorre a repressão a atividades relacionadas a manifestações sexuais, cooperando com a ideia de que os órgãos sexuais não devem ser valorizados ou, até mesmo, respeitados. Essa omissão de informação e negação da sexualidade e prazer na infância, permite que ocorra desenvolvimento sem conhecimento, podendo interferir e perpetuar a ignorância desses aspectos até a fase adulta (CONCEIÇÃO & VITIELLO, 1998).

Quando termina a fase de latência, inicia-se a puberdade, na qual a maturidade biológica e sexual é atingida. Ocorre, assim, a definição da identidade sexual e do espaço social de homem e mulher. Nesse período a secreção hormonal intensifica as emoções sexuais e a atenção às diferenças anatômicas são retomadas. Inicia-se a preocupação com o corpo e ao padrão socialmente aceito, sendo a ansiedade uma consequência dessa fase (CONCEIÇÃO & VITIELLO, 1998). Outro aspecto importante é a discrepância entre a maturidade biológica, psicológica e social. A maturidade biológica é alcançada primeiro, pelo desenvolvimento dos órgãos genitais e crescimento das mamas. Em contrapartida, as maturidades psicológica e social são mais tardias, devido a repressão na

infância e a insegurança existente nessa fase. O comportamento sexual na adolescência, por sua vez, pode ser dividido em três etapas: precoce, média e tardia.

A adolescência precoce ocorre entre 10 aos 14 anos, e é marcada pela mudança biológica, sendo que a mudança anatômica é mais rápida do que a capacidade de assimilar essas novas informações, e a nova imagem de si mesmo. Nessa fase, sintomas psicossomáticos são frequentes, exemplificados pela bulimia, anorexia, cefaleia, ansiedade e depressão. Durante os 15 e 16 anos, o adolescente passa pela fase média em que, geralmente, iniciam-se os relacionamentos, aceitação das transformações físicas e a primeira relação sexual. Nessa fase, a identidade sexual também é consolidada. A última fase do adolescente – tardia – ocorre entre os 17 e 20 anos, no qual a identidade sexual já está definida e há maior maturidade psicológica e social. A procura por um relacionamento afetivo duradouro e único também é favorecida nessa fase (CARONI & BASTOS, 2015).

A literatura sobre esse assunto ainda é precária, porém, paralelamente à Teoria Freudiana, há a fisiologia do organismo humano que, cientificamente, através do estudo hormonal, define o ciclo sexual, o estímulo e o desejo sexual feminino. O hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), responsável pela secreção do hormônio foliculoestimulante (FSH) e do hormônio luteinizante (LH), durante a infância, é secretado pela hipófise. Porém, o sinal apropriado para a secreção desse hormônio, em algum lugar do cérebro, está ausente. A hipófise, por sua vez, começa a secretar progressivamente FSH e LH entre os nove e os 12 anos de idade. Já entre 11 e 15 anos, iniciam os ciclos sexuais e, conjuntamente, a puberdade e a menarca. A secreção desses hormônios influencia no desejo sexual, chegando em seu ápice no período ovulatório (GUYTON & HALL, 2017).

Assim como na infância, a sexualidade na terceira idade é ignorada e, conseqüentemente, os desejos e prazeres também (CONCEIÇÃO & VITIELLO, 1998). O julgamento social sobre a pessoa idosa e sua sexualidade afeta a expressão da identidade sexual e ela passa a reprimir e se privar de desejos, relações sexuais e da própria sexualidade. Em uma pesquisa realizada por Rozendo e Alves (2105), 69% dos idosos responderam que sentiam desejos sexuais, 75% sentiam necessidade de ter relação sexual e 59% admitiram realizá-las. E, apesar de terem relatado desejos sexuais, muitos idosos ainda não se sentem confortáveis em praticá-las (ROZENDO & ALVES, 2015), sendo isso reflexo do preconceito e discriminação de toda a sociedade perante o comportamento sexual de grupo (BRASIL, 2006). Além do preconceito, a falta do sentimento de feminilidade e de não se sentirem atraentes o suficiente, devido a diferenças físicas nessa idade, afetam no desejo, prazer e sexualidade da mulher idosa (ALENCAR *et al.*, 2014).

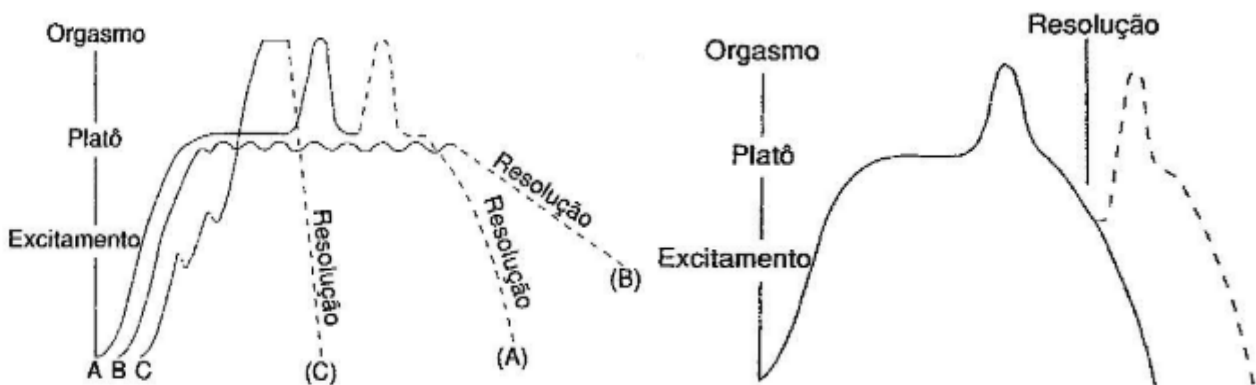
Outro fator que interfere nisso é a fisiologia do organismo: menopausa. Após a menopausa, e principalmente após os 60 anos, a mulher pode apresentar desconfortos durante relações com penetração vaginal, devido ao hipoestrogenismo e, conseqüentemente, hipotrofia dos tecidos genitais (BRASIL, 2006). Junto a isso, há também a redução da lubrificação, podendo ocorrer dispareunia, tornando o orgasmo mais curto devido às contrações vaginais enfraquecidas (ALENCAR *et al.*, 2014). Embora existam fatores fisiológicos que influenciam na vida sexual da mulher idosa, a incapacidade de sentir desejo e prazeres, interferindo na sua sexualidade, não deve ser considerada parte normal do envelhecimento (BRASIL, 2006).

Fisiologicamente, o desejo e o prazer estão intimamente relacionados com as relações sexuais. Dessa forma, os centros reguladores sexuais estão localizados nas estruturas límbicas e no hipotálamo, que através de estímulos fisiológicos e psicológicos, agem na regulação desejo sexual. Assim, por meio do nível de neurotransmissores há o aumento ou redução do desejo sexual. Os

neurotransmissores excitatórios sexuais são os esteroides, dopamina, noradrenalina, melanocortina e ocitocina. Em contrapartida, os neuroquímicos inibitórios do desejo sexual são os opióides, endocanabinóides e a serotonina. Em estudo, Masters & Johnson (1966) observaram que a mulher possui vários padrões de respostas sexuais, diferente do homem, que possui apenas uma (Figura 1) (MASTERS & JOHNSON, 1966; SILVA, 2011). Eles classificaram essas respostas em três tipos fundamentais: excitação, platô, multiorgasmos, resolução; experiência de excitação, platô sem atingir o orgasmo, resolução e; excitação crescente até o orgasmo, e resolução imediata. Mais tarde, Helen Kaplan acrescentou o desejo sexual como outra fase da resposta sexual humana (KAPLAN, 1983; SILVA, 2011). Atualmente, a Associação Psiquiátrica Americana definiu, baseadas nos estudos de Masters & Johnson e de Kaplan, quatro etapas para as respostas aos estímulos sexuais:

- Fase de desejo: sensações específicas que fazem procurar ou ser receptivo à experiência sexual, sendo variável de pessoa para pessoa;
- Fase de excitação: preparação para o ato sexual, desencadeada pelo desejo que, fisiologicamente, o organismo responde através da vasocongestão vaginal e da vulva e pela lubrificação sexual;
- Fase de orgasmo: clímax do prazer sexual em que, na mulher, ocorrem contrações musculares em volta da entrada da vagina, sudorese, taquicardia, taquipneia, pupila dilatada e espasmos;
- Fase de resolução: fase em que o organismo retorna às condições físicas e emocionais normais (BRASIL, 2010).

Figura 1. Ciclo da resposta sexual feminina e masculina



Legenda: ciclo da resposta sexual feminina (esquerda) e da resposta sexual masculina (direita) baseada nos estudos de Masters & Johnson em 1966. **Fonte:** Cavalcanti & Cavalcanti, 2006, p.53

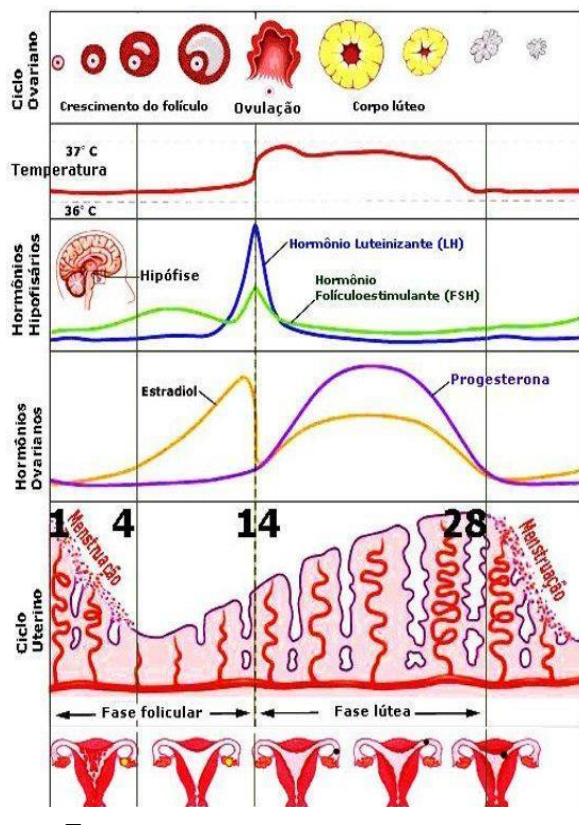
Durante a relação sexual, podem ocorrer dificuldades e, como efeito, insatisfação sexual. Essas dificuldades podem ser devido à dificuldade de relaxar, medo ou receio, ansiedade quanto ao desempenho, autojulgamento moral, entre outras causas (BRASIL, 2010). Essas dificuldades são presentes, sobretudo, na adolescência e durante a terceira idade. Na adolescência, devido à tensão de experimentar algo novo que sempre foi reprimido, e na senescência por causa do preconceito social.

Menarca e Menopausa

A menarca é o período em que ocorre a primeira menstruação da menina – pode variar a idade, mas em geral acontece por volta dos 12 anos –, sendo considerada um marcador da maturação sexual feminina, a qual ocorre pela ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gônada (FONSECA JUNIOR, 2013). A primeira menstruação acontece em diferentes momentos para cada corpo, visto que depende da saúde daquela pessoa (a menarca antecipada pode estar associada a casos de obesidade, por exemplo), prática de atividades físicas e até mesmo do nível socioeconômico – indivíduos que pertencem a classe média ou alta tem a possibilidade da menarca adiantada, em relação às meninas da classe baixa (ROMAN *et al.*, 2009). Neste período, existem outras mudanças fisiológicas no corpo dessa menina: crescimento de pelos pubianos (pubarca), crescimento de mamas (telarca), além do aumento dos níveis hormonais responsáveis pelo ciclo menstrual (SILVERTHORN, 2010; HALL, 2011; FONSECA JUNIOR, 2013).

Em relação aos hormônios, vale a pena ressaltar a função de alguns nesse ciclo tão importante. Primeiramente, existe o aumento da secreção do GnRH (hormônio liberador de gonadotrofina), liberado pelo hipotálamo, o qual irá regular a liberação das gonadotrofinas – LH

Figura 2. Ciclo menstrual feminino



Fonte:

(hormônio luteinizante) e FSH (hormônio folículo estimulante) – na hipófise anterior. Os hormônios gonadotróficos também estimulam a liberação dos hormônios sexuais: estradiol (sendo o estrogênio o mais comum) e a progesterona pelos ovários. O ciclo hormonal é importante para a maturação dos folículos (pequeno aumento de FSH e LH). Com o crescimento deste, existe o aumento da produção do estrogênio, o qual estimula o aumento do endométrio (local onde ocorre a fixação do ovócito depois de fecundado, evento chamado de nidação) (SILVERTHORN, 2010; HALL, 2011).

Através de um feedback negativo, o estrogênio irá inibir o FSH e LH, porém haverá um grande aumento culminando na liberação do ovócito, resultando na ovulação (resíduos do folículo produzem o corpo lúteo, o qual secreta estrogênio

e altas concentrações de progesterona, o que irá manter o endométrio). Este processo é importante para que exista a fecundação – início da gravidez –, apesar de ser contada a partir da última menstruação da gestante. Entretanto, são poucos ciclos em que este evento ocorre, então, o que acontece normalmente é a descamação do endométrio, ocasionando, a menstruação e uma queda dos quatro hormônios. Portanto, a menarca é a primeira vez em que existe o ciclo menstrual da menina, o qual ocorre durante a puberdade e acarreta mudanças significativas para a jovem. É a preparação do corpo feminino para a reprodução,

sendo que os eventos hormonais ocorrem durante boa parte da vida adulta, até que chegue um novo ciclo chamado menopausa (SILVERTHORN, 2010; HALL, 2011).

A menopausa é o momento em que a mulher passa da sua fase reprodutiva – período em que ocorre ovulação e, conseqüentemente, menstruação – para a não reprodutiva. Pode iniciar aos 35 anos precocemente e, assim como a menarca, pode variar de mulher para mulher e ter o seu começo aos 50 anos, por exemplo (FERREIRA *et al.*, 2013). Esse período consiste na baixa produção e secreção de hormônios ovarianos, visto que existe o envelhecimento dos ovários. Com isso, os hormônios gonadotróficos (FSH e LH) não possuem tanta ação no ovário. Primeiramente, diminui o número de ovulações, além de reduzir os níveis de progesterona e, depois, haverá um aumento dos níveis de estradiol, pois ocorrerão eventos de ovulação dupla. Contudo, chegará um momento em que não existirão mais folículos viáveis, ocasionando uma diminuição do estrogênio. Este hormônio é produzido também por tecidos periféricos a partir de androgênios, como androstenodiona, sendo que os níveis do mesmo diminuem 50% na menopausa. Outro androgênio seria a testosterona, a qual apresenta uma diminuição gradual desde a infância, mas, durante esta etapa da vida adulta, não apresenta uma aceleração na sua queda (SILVERTHORN, 2010; HALL, 2011).

Existem também outras alterações fisiológicas (cessação da menstruação – amenorreia, por conta da queda hormonal –, sudorese noturna, distúrbios de sono e ondas de calor), e até mesmo psicológicas para a mulher, visto que a menopausa ainda é vista como algo negativo por muitas, devido à associação ao envelhecimento (SILVERTHORN, 2010; HALL, 2011; FERREIRA *et al.*, 2013). O diagnóstico de menopausa só é feito quando existe a amenorreia por um ano. Entretanto, assim como a menarca, a menopausa consiste em mais uma fase do ciclo feminino, a qual irá acontecer, mesmo que seja precoce ou tardia. E, com isso, novas mudanças acontecerão para essa mulher.

Sexo e prevenção

A sexualidade é não só um fenômeno biológico, como também psicológico e social, que influencia o ser humano em diversas esferas, sendo que sua expressão e vivência depende das experiências (sexuais ou não) ao longo da vida. Sendo assim, é importante que, desde antes do começo das práticas sexuais, adolescentes e jovens tenham a devida instrução para que a vida sexual e reprodutiva seja desenvolvida de forma saudável (BRASIL, 2018). E, embora existam discussões na literatura a respeito da atividade sexual na adolescência, considerada “de risco” por alguns autores, é consenso que a sexualidade, bem como as práticas sexuais, é de extrema importância para o desenvolvimento humano (FORCIER, 2020).

Como abordado ao longo do capítulo, a sexualidade envolve diversos fatores: hormonais, anatômicos, fisiológicos, psicológicos e sociais, dentre outros. Sendo assim, a abordagem na discussão deve ser multifatorial, principalmente quando se fala de vida sexual feminina, que está carregada de tabus. Levando em consideração que as atividades sexuais poderão ter início da adolescência (13-14 anos), coincidindo com a puberdade, existem também muitas inseguranças e preocupações quanto a autoimagem, visto que o corpo ainda está passando por mudanças. Nessa fase, é muito comum que as experiências sexuais (masturbação e/ou sexo) sejam motivadas pela curiosidade e pico hormonal. Diferente dos anos subsequentes da adolescência (15-18 anos), que

apresentam relações regadas também por emoção, sem necessariamente entenderem as consequências de suas ações (FORCIER, 2020).

Vale ressaltar, porém, que mesmo com atividades sexuais podendo ter início no início da adolescência, de acordo com o Código Penal Brasileiro, considera-se estupro de vulnerável qualquer conjunção carnal ou ato libidinoso com menor de 14 anos, não importando se houve consentimento da vítima para a prática do ato e/ou relacionamento amoroso com o agente (BRASIL, 2017). O envolvimento de meninas com parceiros ou parceiras muito mais velhos comumente está atrelado a violência física, psicológica e sexual, podendo também trazer comportamentos de risco no futuro, com uso indevido de álcool e/ou drogas, e atividade sexual de risco. É, portanto, importante saber avaliar e questionar de forma adequada os relacionamentos da paciente, de forma a impedir que maiores problemas ocorram, caso não haja uma intervenção precoce (FORCIER, 2020).

Ao longo do desenvolvimento, a mulher passará por diversas experiências sexualmente diferentes, descobrindo suas preferências, o seu corpo e as diferentes formas de sentir prazer e chegar ao orgasmo. Infelizmente, um dos grandes influenciadores na experiência insatisfatória feminina no sexo é a tensão pelo medo de uma possível gestação indesejada (MATOS & SOIHET, 2003; GARCIA, 2012). Dessa forma, o conhecimento e uso adequado de métodos contraceptivos é indispensável nas relações sexuais entre pessoas do sexo masculino e feminino, de forma a minimizar as chances de uma concepção ocorrer. Contudo, com a existência de anticoncepcionais, dispositivos intrauterinos e outras formas de contracepção, o uso de preservativo nas relações não é predominante, o que levou a um aumento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (MOURA *et al.*, 2021).

É imprescindível, portanto, que orientações básicas sejam ensinadas, tanto por meio de educação sexual em escolas, quanto por meio de cartilhas distribuídas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Reforçar a importância de exames periódicos para identificação precoce de uma possível IST e instruir sobre a vulnerabilidade feminina para contração dessas doenças também é essencial (MOURA *et al.*, 2021). Além disso, o uso correto de preservativos masculinos e femininos também deve ser ensinado para meninas, bem como sua colocação, para impedir que a disseminação de doenças e gestações indesejadas ocorram com alta frequência (BRASIL, 2018; BENSON, 2020).

Essa preocupação com a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gestações indesejadas, principalmente na adolescência, também é levantada por órgãos públicos. Com isso, diversas campanhas são feitas pelo Ministério da Saúde, anualmente, reforçando a importância do uso de métodos contraceptivos, principalmente o preservativo (BRASIL, 2020). Porém, estas campanhas têm como público-alvo os adolescentes e jovens, que estão começando a atividade sexual. Isso, portanto, leva a uma questão importante a ser discutida: a crescente incidência de ISTs em mulheres idosas (ANDRADE *et al.*, 2017).

Em mulheres idosas, diferente da população feminina adolescente e jovem, não há desconhecimento das ISTs, mas sim muitas ideias equivocadas quanto a transmissão e prevenção. Observa-se, então, que é a minoria que utiliza preservativo em todas as relações sexuais, seja por desconforto com o uso, ou por desconhecimento da função, por exemplo. Há também os idosos que citaram, em estudo feito por Laroque *et al.* (2011, p. 775-778), ser apenas importante o uso de preservativo quando não se confia no parceiro ou quando não há o desejo de engravidar, reforçando crenças e tabus. Assim, evidencia-se que há muita desinformação para a população idosa feminina, sendo que muitas afirmam não ser orientadas por profissionais da saúde sobre os cuidados a serem tomados durante as relações sexuais (LAROQUE *et al.*, 2011; REIS *et al.*, 2020).

Essa crescente incidência de ISTs em mulheres idosas pode ser justificada por uma nova fase sexual, marcada com o início da menopausa. Isso acontece devido a impossibilidade de uma gestação indesejada, o que leva muitas mulheres a pararem de utilizar preservativos nas relações sexuais e uma redescoberta da sexualidade, justamente por não ter essa preocupação cerceando o ato (MATOS & SOIHET, 2003; MOURA *et al.*, 2021). Tem-se, então, uma maior exposição. Sendo assim, confirma-se a importância de discutir e educar sobre a sexualidade feminina, principalmente na terceira idade, para impedir que o número de casos continue a aumentar (ANDRADE *et al.*, 2017).

Gestação e seus riscos

Os avanços na medicina tornaram as gestações e os partos seguros em qualquer etapa da vida da mulher uma realidade muito mais próxima e, em conjunto com mudanças sociais e de múltiplas áreas da saúde e educação, hoje é possível que gravidezes precoces ou tardias tenham seus riscos diminuídos (SILVA & SURITA, 2009) e tornem-se cada vez mais comuns. Porém, os riscos ainda existem e o seu conhecimento é muito importante para que mulheres possam tomar melhores decisões, adequadas para suas realidades, e estejam em alertas para os mesmos. Então, no caso de gravidez, a idade materna pode sim caracterizar-se como um fator de risco, tanto para a gestante quanto para o feto. A mortalidade materna é descrita como uma curva em “J”, ou seja, as duas extremidades são as que apresentam maiores chances de morte devido à gestação, principalmente, a correspondente à idade avançada (SILVA & SURITA, 2009).

A gravidez na adolescência corresponde a aquelas que acontecem na idade materna de 15 a 19 anos, e calcula-se que 15 a 20% de todos os nascimentos são provenientes de gravidezes precoces (MAGALHÃES *et al.*, 2006). Esse percentual acontece devido ao início cada vez mais antecipado da vida sexual entre as adolescentes (AZEVEDO *et al.*, 2015). De acordo com Magalhães *et al.* (2006, p. 447), “As adolescentes, pelas próprias características associadas à faixa etária, ainda não são capazes de avaliar, e principalmente assumir, o ônus da vida sexual ativa”. Isso, em conjunto com as altas taxas de violência sexual sofridas por essas meninas, leva a uma frequência muito grande de gravidezes indesejadas nessa faixa etária (SILVA & SURITA, 2009).

Dessa forma, este evento, quando ocorrido entre adolescentes, em sua maioria tem muitas consequências prejudiciais fisiológicas e/ou psicológicas. Uma dessas consequências negativas é o abortamento, que é muito comum entre essas adolescentes, pois a falta de desejo sobre a criança é comum nessa etapa da vida, e isso acontece principalmente devido ao medo da reação da família. Essa prática é muito perigosa na situação de ilegalidade que se encontra hoje no Brasil, por isso aumenta a frequência de internações hospitalares das jovens, e pode assim causar complicações físicas, psicológicas e até óbito materno (AZEVEDO *et al.*, 2015).

A gravidez na adolescência é mais prevalente em países em desenvolvimento e/ou com um índice de desenvolvimento humano (IDH) baixo, ou seja, é mais comum entre meninas de baixa renda. Assim, as consequências sobre a vida da menina são ainda mais impactantes, podendo gerar evasão escolar, insegurança, medo e outros problemas sociais e psicológicos devido a repercussão social e sobrecarga pois, além da maternidade, muitas vezes a menina é obrigada a desenvolver uma independência financeira. Além disso, exige-se dessa menina um salto de maturidade repentino. (SANTOS, 2010).

Quanto aos aspectos fisiológicos, estudos mostram que, em comparação com mães adultas, adolescentes apresentam maior incidência de complicações maternas como: eclâmpsia, pré-eclâmpsia, laceração perineal e episiotomia. Do outro lado, estão as complicações fetais, sendo as principais detectadas: baixo peso ao nascer, prematuridade, óbito neonatal precoce (AZEVEDO *et al.*, 2015), aumento dos riscos de desnutrição no primeiro ano de vida e diminuição do aleitamento materno (SANTOS, 2010). Além disso, os casos de acompanhamento pré-natal tardios ou incorretos são mais comuns nessa faixa etária, podendo essa falta de cuidados com o processo da gestação culminar em complicações, aumentando inclusive as chances de óbito fetal (AZEVEDO *et al.*, 2015).

Por outro lado, a idade materna avançada também se caracteriza como um fator de risco no caso de gravidez. A chamada gravidez tardia é considerada aquela na qual a progenitora tem 35 anos ou mais, mas é notório que após os 40 anos os riscos se tornam maiores. (SILVA & SURITA, 2009). A frequência de gestantes acima de 35 anos vem aumentando significativamente no Brasil, sendo em 2002 a quantidade de nascidos vivos provenientes de gravidezes tardias correspondente a 8,6% do total e, em 2014, esse número cresceu para 12,2% (ALVES *et al.*, 2017).

Apesar dos riscos aumentados característicos desses casos, a gravidez tardia é, em sua maioria, planejada e também frequentemente gerada por reprodução assistida (SILVA & SURITA, 2009). Os fatores causais dessa situação são a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, o planejamento familiar e os métodos contraceptivos cada vez mais numerosos (ALDRIGHI *et al.*, 2016). Assim, mulheres em idade mais avançada, em geral, apresentam uma situação econômica mais favorável para a criação de um filho, caracterizando mais um motivo para os casais atrasarem esse evento para uma fase mais tardia da vida reprodutiva (SILVA & SURITA, 2009).

Outro fator importante nesse caso é o acompanhamento pré-natal, ao qual as gestantes que se encaixam nessa fase mostram grande aderência. Em um estudo realizado por Alves *et al.* (2017), 40,6% compareceu de uma a cinco consultas, e 52,8% compareceu a seis ou mais. Porém, nesse mesmo estudo, o resultado para a porcentagem de mulheres em idade avançada grávidas com complicações foi de 77,7% (ALVES *et al.*, 2017), o que mostra que mesmo com todos os fatores sociais, a idade materna em si se caracteriza como um fator agravante para o desenvolvimento de complicações.

Entre os riscos maternos na gravidez, estão a presença aumentada de comorbidades como diabetes, hipertensão e obesidade (SILVA & SURITA, 2009), pré-eclâmpsia, diabetes e hipertensão gestacional, rotura prematura da membrana, oligoâmnio, crescimento intrauterino retardado, trabalho de parto prematuro, polidrâmnio, aborto espontâneo e HELLP incompleta (ALVES *et al.*, 2017). O aborto espontâneo é muito comum, podendo ter um risco de até 51% nas mulheres acima de 40 anos, devido ao aumento das alterações cromossômicas, à diminuição da qualidade dos ovócitos da mulher e às alterações hormonais próprias do período (SILVA & SURITA, 2009). Já os riscos fetais, além do próprio aborto, são a prematuridade, baixo peso ao nascer e índice de Apgar baixo (ALVES *et al.*, 2017).

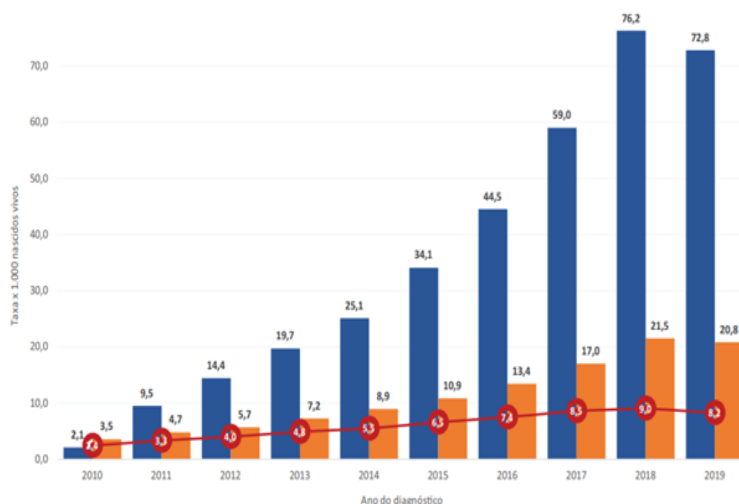
Como fator psicológico na gravidez tardia, constatou-se que é comum o desenvolvimento de uma culpabilização por parte da gestante que adiou a geração do filho que, em caso de complicações, se sente responsável. Além disso, há relatos de preocupação com suas carreiras e com a saúde do bebê, discriminação pela idade com que resolveram engravidar e, por fim, a dificuldade de adaptação e retomada das atividades rotineiras após o nascimento do filho (ALDRIGHI *et al.*, 2016).

Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)

As infecções sexualmente transmitidas (ISTs) são, de acordo com o Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS), doenças infecciosas causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos transmitidos, principalmente, a partir do contato sexual (oral, anal ou vaginal) desprotegido com uma pessoa infectada. Para análise epidemiológica de ISTs em crianças e adolescentes, há de se considerar as infecções adquiridas por meio da prática sexual desprotegida, mas também as de transmissão vertical, ou seja, aquelas transmitidas das mães para os filhos. A sífilis e HIV são algumas das doenças passíveis de transmissão vertical, seja durante a gestação, parto ou amamentação.

Sendo assim, é possível analisar no Boletim Epidemiológico de Sífilis 2020 (Gráfico 1), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN, 2020), que houve um aumento do número de sífilis congênita no Brasil desde 2010, no entanto, é necessário observar no Gráfico 1 a taxa de detecção de sífilis adquirida em gestantes e a taxa de incidência de sífilis congênita (por 100.000 habitantes) no Brasil, visto que esse aumento não acompanhou a curva de crescimento do número de gestantes com sífilis. Enquanto houveram 5,9 vezes mais gestantes com sífilis, teve-se apenas 3,4 casos a mais de sífilis congênita. Essa pode ser considerada uma vitória do sistema de saúde.

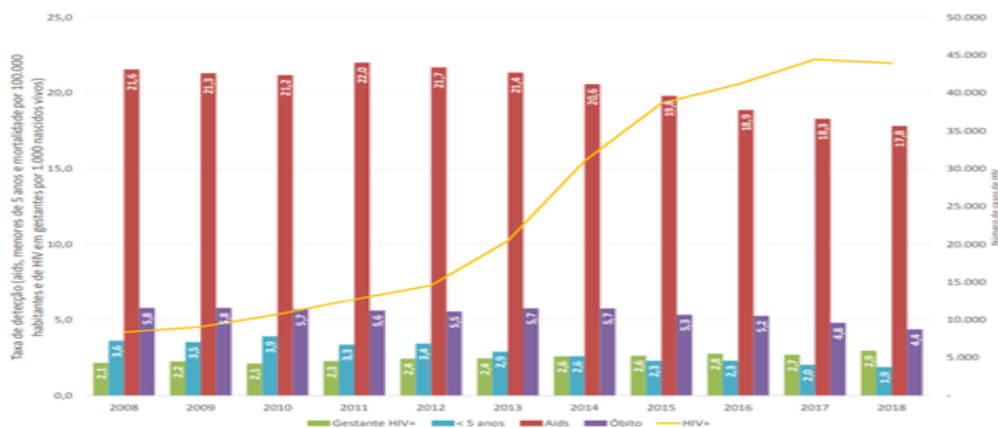
Gráfico 1. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2020



Legenda: azul: adquirida; laranja: gestante; vermelho: congênita. **Fonte:** SINAN, atualizado em 30/06/2020.

Em relação ao HIV é possível observar um cenário parecido ao analisar dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (Gráfico 2) da Secretaria de Vigilância em Saúde de 2019. Houve um aumento do número de gestantes HIV+, mas uma diminuição das crianças menores de 5 anos portadoras do vírus, mais uma vez uma vitória ao pré-natal e a programas como o Projeto Nascer – Maternidades e o Pacto pela Saúde.

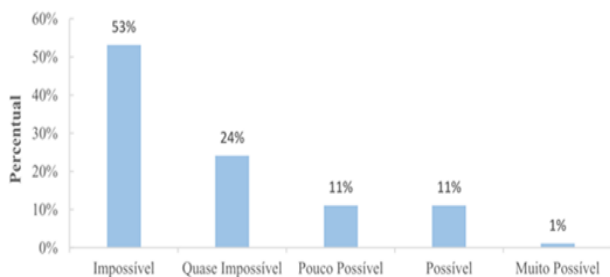
Gráfico 2. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS



Legenda: Taxas de detecção de AIDS, AIDS em menores de 5 anos, infecção pelo HIV em gestantes, coeficiente de mortalidade por AIDS e números de casos de HIV. Brasil, 2008 a 2018. **Fonte:** BRASIL, Ministério da Saúde, HIV/Aids 2019, Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde, Dezembro de 2019.

Dentre as infecções adquiridas, deve-se observar os adolescentes. Eles representam 25% da população sexualmente ativa e, geralmente, se deparam com a fase onde se iniciam as relações sexuais. (SOUZA *et al.*, 2018). Agregado a esse fato, no Brasil, o direito da vivência plena da sexualidade, independente do quesito etário, é garantido, e, portanto, de acordo com Carvalho *et al.* (2012) “sentidos e desdobramentos que oxigenam o encontro sexual, das tensões e negociações entre corpos e trocas subjetivas” devem também ser afirmados pela sociedade. (CARVALHO *et al.*, 2012).

Gráfico 3. Conhecimento de adolescente sobre ISTs

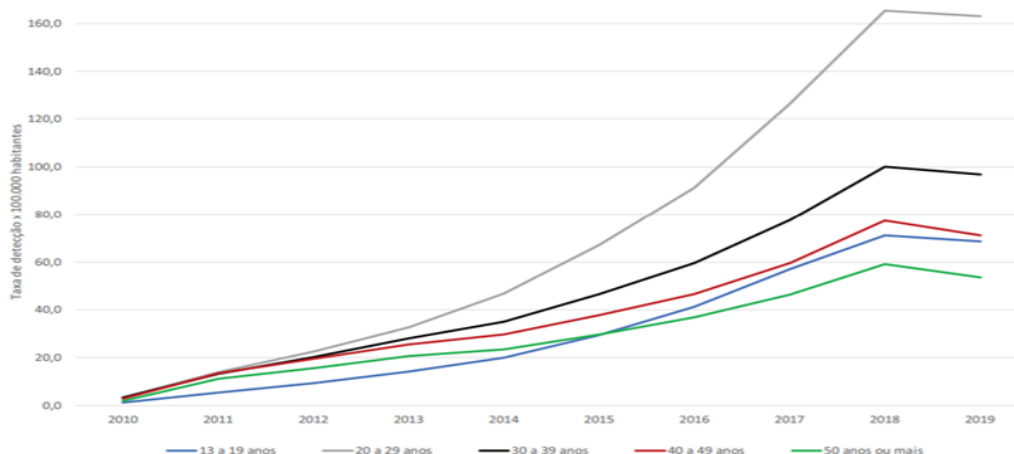


Legenda: Percepção dos adolescentes em relação à chance de serem contaminados por IST - Minas Gerais-2014. **Fonte:** Souza *et al.*, 2018.

Tendo isso em mente, a perspectiva de direito deve ser abordada com os jovens, mas a de risco também. Não há dúvida de que a temática sexual é um tabu que permeia todas as faixas etárias, não distantemente, na infância e adolescência o que se observa é que o dispositivo médico e familiar é acessado no sentido de legitimar a destituição de qualquer diálogo com a sexualidade (CARVALHO *et al.*, 2012). O reflexo disso é a exposição desse grupo a ISTs pela falta de informação ou de reforço da sua pertinência. Segundo Souza *et al.* (2018), os adolescentes possuem conhecimento insatisfatório sobre as ISTs, e

metade do grupo pesquisado julgava impossível ter a chance de contrair alguma IST (Gráfico 3). A Sociedade Brasileira de Pediatria aponta, em seu Guia Prático de Atualização - Departamentos Científicos de Adolescência e Infectologia 2018, uma análise um pouco diferente, na qual os jovens, apesar de saberem sobre os riscos de contaminação, continuam a exercer prática sexual desprotegida. Concomitantemente, a análise dos dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis 2020 emitido pelo SINAN (Gráfico 4), revela um aumento das notificações de sífilis desde 2010 nesse grupo etário (13-19 anos).

Gráfico 4. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2020



Legenda: Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária. Brasil, 2010 a 2019.
Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Sífilis 2020, Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde, Outubro de 2020

Bem como, no Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (Gráfico 5), no qual houve aumento dos casos de HIV mais expressivamente em adolescentes meninos de 15 a 19 anos.

Gráfico 5. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS

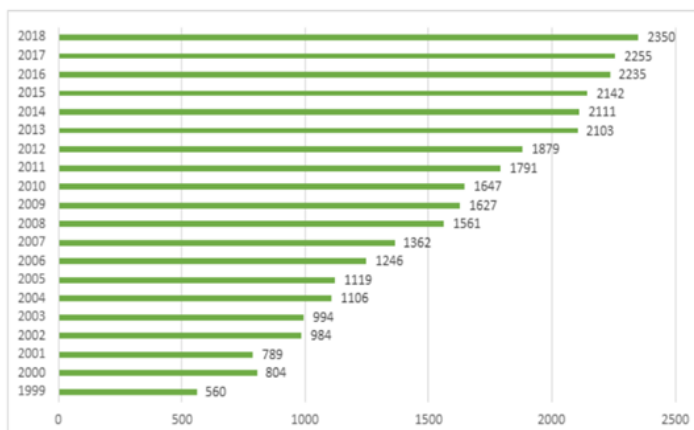


Legenda: Taxa de detecção de HIV/AIDS (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária e sexo. Brasil 2008 a 2018.
Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, HIV/AIDS 2019, Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde, Dezembro de 2019

Na outra ponta da vida, o aumento da longevidade, qualidade de vida, do tratamento farmacológico de disfunções eréteis e reposições hormonais têm sido importantes fatores para uma maior prática sexual entre os idosos (> 60 anos). No entanto, a prevalência da desinformação e da negligência médica, bem como o tabu acerca do tema e a crença no mito da assexualidade desse grupo etário, gera uma maior vulnerabilidade dessa população às ISTs, principalmente HIV, sífilis, clamídia e gonorreia. (LAROQUE *et al.*, 2011)

É possível ver o evidenciamento das ISTs no grupo senhoril com dados recentes do SINAN, que mostram um aumento de 320% do número de casos reportados de HIV em idosos, no período de 1999 a 2018 (Gráfico 6).

Gráfico 6. Número de casos reportados de HIV em idosos



Legenda: casos HIV/AIDS notificados no Brasil em indivíduos a parte de 60 anos, por ano, entre 1999-2018. **Fonte:** BRASIL, Ministério da Saúde, HIV/Aids 2019, Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde, Dezembro de 2019

As notificações foram advindas, em sua maior parte, da região sudeste (31,8%), seguida da região Sul (17,8%), Nordeste (10,8%), Centro-oeste (4,6%) e região Norte (3,7%); 31,3% das notificações tiveram sua localidade ignoradas. Em relação ao sexo, há uma prevalência do sexo masculino entre idosos com infecção por HIV (62%) em comparação com o sexo feminino (38%). (NUNES, 2020)

Como revisado por Dornelas Neto *et al.* (2015), pouco se é encontrado na literatura sobre ISTs, além de HIV, com foco em idosos. Do material consultado, publicações recentes evidenciam um aumento global de ISTs em idosos. As notificações de clamídia em pessoas acima de 50 anos, por sua vez, duplicaram na Austrália de 2004 a 2010, e nos Estados Unidos houve aumento de 43% de sífilis e clamídia neste mesmo grupo. Na China, dentre os casos de sífilis, gonorreia, clamídia, condiloma acuminado e herpes simples 15,8% acometeram homens (maiores de 50 anos) e 9,8% mulheres da mesma faixa etária (MINICHELLO *et al.*, 2012).

Enquanto isso, no Brasil, por meio do Boletim Epidemiológico de Sífilis 2020 emitido pelo SINAN (Gráfico 4), é possível observar um aumento nas notificações de sífilis, sendo o maior aumento no grupo jovem (20-29 anos), mas o grupo de idosos (> 50 anos) também apresenta aumento desde 2010. No Boletim também consta uma prevalência histórica de mulheres (58,9%) em comparação aos homens (41,1%).

Constatou-se ainda que apenas 16,64% dos indivíduos de 50 a 64 anos confirmaram o uso de preservativos na sua última relação sexual, em detrimento de 55% dos jovens de 15 a 24 anos (DORNELAS NETO *et al.*, 2015). Esse comportamento de risco é consequente da menor preocupação com contracepção, dificuldade de manuseio do preservativo, piora do desempenho (LAROQUE *et al.*, 2011) e a incapacidade de mulheres idosas em negociar o uso do preservativo, estabilidade do relacionamento e submissão ao companheiro. Somados a isso, ainda se agrega a diminuição da imunidade celular e humoral em geral, bem como a baixa de estrogênio nas idosas, o que gera menor lubrificação e maior fragilização da mucosa vaginal. Há, então, um consequente maior risco de microlesões e facilitação da transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DORNELAS NETO *et al.*, 2015).

Nesse cenário, aspectos socioculturais, fisiológicos e comportamentos de risco expõem a população idosa a uma maior suscetibilidade a ISTs, e é dever da comunidade médica, científica e

política se atentar a esses dados para o desenvolvimento de políticas públicas, que visem a combater esse problema e garantir o cumprimento do artigo 9º do Estatuto do Idoso, do qual decorre “É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

CONCLUSÃO

A saúde sexual da mulher ainda é um tema pouco abordado, seja pela sociedade, campanhas públicas ou no meio acadêmico. Isso dificulta o acesso à informação, sendo que, apesar da maior parte do público-alvo ser o feminino, é importante que o masculino também a conheça, isso pois assuntos como ISTs afetam ambos os sexos. Além do fato de, quanto mais pessoas abordarem o tema, mais fácil será para desmistificá-lo e, esperançosamente, deixar de ser um tabu para a sociedade, já que a saúde feminina importa, independente da faixa etária.

De acordo com o IBGE, a população está envelhecendo, graças ao avanço na medicina e outras áreas da saúde. Concomitantemente, existe um número crescente de prática sexual entre os idosos, por conta de ajuda farmacológicas. Entretanto, por falta de informação, esses não têm usado proteção durante as relações com tanta frequência. Isto ocasionou aumento no número de ISTs para a população acima de 60 anos (como HIV, sífilis, clamídia e gonorreia). Outro motivo para a redução do uso de preservativos na velhice é que, por conta da menopausa feminina, que tem como resultado uma baixa dos hormônios ovulatórios (estrogênio, principalmente), não é possível que exista uma gravidez tardia para as mulheres idosas (> 60 anos).

Ainda sobre gestação tardia, esta apresenta-se como fator de risco quando a progenitora tem 35 anos ou mais. Porém, a gravidez precoce precisa ser abordada, já que jovens tem começado a prática de relações sexuais durante o começo da adolescência, fase em que a maioria das meninas já teve a menarca e, conseqüentemente, encontra-se no começo da vida fértil. A gravidez na adolescência abrange meninas de 15 a 19 anos, podendo trazer conseqüências negativas psicológicas e/ou fisiológicas. Reforça-se também que o sexo desprotegido pode estar associado a transmissão de ISTs.

Com base nisso, é necessário que existam campanhas públicas para que seja disseminado o conhecimento em relação ao uso de preservativos masculinos e femininos, reduzindo os riscos de transmissão de ISTs. Este é um tema que deve ser abordado para todas as faixas etárias, incluindo jovens e idosos, de forma que o assunto não seja mais um tabu a ser abordado na sociedade. Além de diminuir também as possibilidades de uma gravidez precoce entre os adolescentes que já tem uma vida sexual ativa.

Por fim, por diversos fatores, o conhecimento da saúde feminina é muito importante, seja para cuidado, seja para o autoconhecimento. Neste ponto, poucas mulheres de fato conhecem os próprios corpos, tanto no quesito prazer, quanto no quesito hormonal e de modificações fisiológicas. É necessário que haja uma educação coletiva feminina com a própria sexualidade, estando ou não associado a relação sexual em si, visto que este assunto começa na infância, continua na fase adulta e segue para a terceira idade. É associado a cultura, religião, história e até mesmo política. Portanto, ainda há muito para ser abordado sobre esse tópico, sem que haja preconceito e/ou descrença ao abordá-lo, uma vez que é fundamental para a saúde mental, física e social da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGGIO, J.O. Prazer e desejo em Aristóteles. Universidade de São Paulo (USP), 2011.
- ALDRIGHI, J.D. *et al.* The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. V. 50(3), p. 509-518, 2016.
- ALVES, N.C.C. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 38(4), p. 1-8, 2017.
- ANDRADE, J. *et al.* Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 1, 2017.
- AZEVEDO, W.F. *et al.* Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. *Einstein (São Paulo)*, v. 13(4) p. 618-626, 2015.
- BACHUS M.A. HIV and the older adult. *J Gerontol Nurs*, 1998.
- BENSON, P.A.S.; Patient education: adolescent sexuality (beyond the basics). *UpToDate*, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Campanha de Prevenção às IST. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Cuidando de adolescentes: Orientações Básicas para a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva. Secretaria de Atenção em Saúde, v. 2, n. 1, 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. In: *Caderno de Atenção Básica Série A. Normas e Manuais Técnicos*, n.19, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde, HIV/Aids 2019, *Boletim Epidemiológico*, Secretaria de Vigilância em Saúde, Dezembro de 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Saúde sexual e saúde reprodutiva. In: *Caderno de Atenção Básica Série A. Normas e Manuais Técnicos*, n.26, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Sífilis 2020, *Boletim Epidemiológico*, Secretaria de Vigilância em Saúde, Outubro de 2020.
- BRASIL, Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos de Adolescência Infectologia. *Guia prático de Atualizações Infecções Sexualmente Transmissíveis na Adolescência*, n 6, 2018.
- CARONI, M.M. & BASTOS O.M. Adolescência e autonomia: conceitos, definições e desafios. *Revista de Pediatria SOPERJ*, v.15, n.1, p.29-34, 2015.
- CARVALHO, S.C. *et al.* Direitos sexuais de crianças e adolescentes: avanços e entraves. *Psicol. Clin.*, vol. 24, p. 69, 2012.
- CAVALCANTI, R. e CAVALCANTI, M. *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais*. São Paulo: Roca, 3ª. Ed., 2006
- CONCEIÇÃO, I.C.C. & VITIELLO, N. Manifestações da sexualidade nas diferentes fases de vida. *Revista de Sexualidade Feminina*, p. 139, 1998.
- COUTO, D. P. DO. Freud, Klein, Lacan e a constituição do sujeito. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 11, n. 1, p. 1–10, 2017.
- CUNHA, M.K.M.DA *et al.* Os significados de saúde na relação sexual para mulheres assistidas pelo sus na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 6, p. 1099–1110, 2011.
- DORNELAS NETO, J. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 20, n. 12, p. 3853, 2015.

- FERREIRA, V. N. *et al.* Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. 2, p. 410-419, 2013.
- FONSECA JUNIOR, S. J. & FERNANDES FILHO, J. A menarca e seu impacto nas qualidades físicas de escolares. *Revista de Salud Pública*, v. 15, p. 281-293, 2013.
- FORCIER, M.; Adolescent sexuality. UpToDate, 2020.
- FREUD, S. A sexualidade infantil. Três ensaios sobre uma teoria sexual, 1905. Disponível em: http://portalgens.com.br/filosofia/textos/a_sexualidade_infantil_freud.pdf . Acesso em: 10 nov. 2020.
- GARCIA, O.R.Z. Sexualidades femininas a prazer sexual: uma abordagem de gênero, UFSC, 2012.
- GUYTON, A.C & HALL, J. E. Guyton & Hall. Tratado de fisiología médica. Elsevier Health Sciences, 2011.
- KAPLAN, H. A nova terapia do sexo: O Desejo Sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- LAROQUE, M. F. *et al.* Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 32, n. 4, p. 774–780, 2011.
- LUTHER V.P. & WILKIN A.M. HIV infection in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2007.
- MAGALHÃES, M.L.C. *et al.* Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos?. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 28(8), p. 446-452, 2006.
- MASTERS W.H. & JOHNSON V.E. Human sexual response. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1966.
- MATOS, M.I.S. de & SOIHET, R. O corpo feminino em debate. Editora UNESP, v.1, p. 16-100, 2003.
- MINICHELLO V. *et al.* Epidemiology in the global older population: emerging challenges. *Perspect Public Health* 2012.
- MINKIN M.J. Sexually transmitted infections and the aging female: placing risks in perspective. *Maturitas* 2010.
- MOURA, S.L.O. *et al.* Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis, *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 1, 2021.
- NETO, F.C. O desenvolvimento da sexualidade infantil e a importância da orientação sexual na escola. UNIRIO Universidade do Rio de Janeiro, 2002.
- NUNES, J.W.F. Infecção por HIV em pacientes idosos: uma abordagem epidemiológica nacional. *Ações de Saúde e Geração de Conhecimento nas Ciências Médicas*, v. 6, p. 205, 2020.
- REIS, I.F. *et al.* Idosos e infecções sexualmente transmissíveis: um desafio para a prevenção. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 2, p. 1663–1675, 2020.
- ROMAN, E.P. *et al.* Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel (PR). *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 55, n. 3, p. 317-321, 2009. MASTERS W.H. & JOHNSON
- ROZENDO A.daS. & ALVES, J. M. Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. *Revista Kairós: Gerontologia*, v.18, n.3, p.95-107, 2015.
- SANTOS, R.A.B. Gravidez na adolescência: aspectos sociais e psicológicos. 27 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Curvelo, 2010.
- SENADO FEDERAL, Código Penal, [s.l.: s.n.], 2017.
- SILVA, G.F.L.S. Neuropsicofisiologia do desejo sexual: alguns aspectos da regulação funcional da motivação sexual. p. 1–119, 2011.
- SILVA, J.L.C.P. & SURITA F.G.C. Idade Materna: resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras Ginecol Obstet.*, v. 31(7), p. 321-5, 2009.

SILVERTHORN, D.U. Fisiologia humana: uma abordagem integrada. Artmed editora, 2010.

SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Boletim epidemiológico sífilis, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>>. Acesso em: 12/12/2020

SOUZA, I.R.F. *et al.* Conhecimentos de adolescentes sobre infecções sexualmente transmissíveis. Revista Interdisciplinar de Ciências Médicas, p. 6, 2018.

58

CÂNCER DE MAMA NO BRASIL: UMA REVISÃO SOBRE OS PRINCIPAIS CONCEITOS

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, Dourados, MS.

² Doutorando do Curso de Nutrição da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, Dourados, MS.

³ Professor do Curso de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, Dourados, MS.

AUTORES

LAVÍNIA DOS SANTOS CHAGAS¹

MARIA THERESA DE ALENCAR RAMSDORF¹

GIOVANA CRISTOFARI¹

DEBORA GIACHINI LENHARDT¹

FERNANDA SILVA RODRIGUES¹

GABRIEL MOREIRA ROMÃO¹

SARAH AKEMI SASAKI¹

JOÃO LUCAS NUNES DE MOURA¹

BRENO ALCARÁ FERREIRA¹

SAHRA AMARAL ARROYO¹

DAUANI CAROLINI TAVARES CAMARGO¹

IGOR DE ALMEIDA BALDUINO LEITE¹

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO²

MARIO ROCHA CARDOSO³

Palavras-chave: Câncer de Mama; Prevenção; Reconstrução Mamária.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença neoplásica não transmissível, caracterizada pelo aparecimento de carcinomas, principalmente nas células acinares e nos ductos terminais (MCPHEE *et al.*, 2007). Dentre seus principais fatores de risco há os genéticos e hormonais, como a mutação nos genes supressores tumorais BRCA1 e BRCA2 e a exposição prolongada ao estrogênio, respectivamente. Fatores ambientais, tais como dieta gordurosa, consumo de álcool e sedentarismo, também podem contribuir para o desenvolvimento dos tumores (KOLAK *et al.*, 2017). Em geral, a manifestação clínica desta patologia se dá por meio do aparecimento de nódulos indolores, duros e irregulares, além de retração cutânea, dor difusa, hiperemia, secreção papilar, entre outros sintomas.

Este tipo de neoplasia é a que mais atinge as mulheres brasileiras: dados do INCA indicam que, das 107.235 mortes em decorrência de neoplasias em mulheres, 17.572 foram causadas pelo câncer de mama. Ademais, as projeções do Instituto indicam que, no ano de 2020, a incidência estimada é de 66.280 novos casos, equivalente a uma taxa de 43,74 casos a cada 100.000 mulheres (INCA, 2020). Em vista da importância desta patologia, o Brasil criou programas públicos de saúde, os quais correspondem a um conjunto de ações sistematizadas e integradas, com a finalidade de

reduzir a incidência, a mortalidade e a morbidade do câncer. A exemplo dessas políticas públicas, tem-se o Outubro Rosa, cujas primeiras ações em território brasileiro ocorreram em 2002 e ganharam alcance nacional a partir de 2008, tornando-se peça chave na conscientização e prevenção da neoplasia de mama. A notabilidade destas políticas de esclarecimento explica-se com a importância da prevenção primária: cerca de 90% dos casos de câncer de mama são relacionados a fatores ambientais e ao estilo de vida, de forma que mudanças comportamentais e dietéticas são grandes contribuidoras para a redução da incidência dessa doença. De igual importância, a prevenção secundária visa o diagnóstico precoce dos tumores, procurando detectá-los antes que atinjam níveis avançados de malignidade. Mulheres que fazem exames regularmente têm a mortalidade reduzida de 25% a 30% (MÉLEGA *et al.*, 2011).

O Autoexame das Mamas (AEM) deixou de ser preconizado pelo Ministério da Saúde, no entanto, ainda é uma das técnicas usuais quando se fala nas ações de rastreamento de câncer de mama. A técnica simples incentiva as mulheres a desenvolverem uma postura atenta e a criarem autoconsciência corporal da estrutura de suas mamas, o que auxilia na detecção precoce de problemas (THORNTON *et al.*, 2008). Ainda assim, é importante ressaltar que diante de qualquer alteração na mama, é aconselhável procurar um profissional de saúde, para realização de exames clínicos, uma vez que o AEM tem baixa sensibilidade (12-14%) (KOLAK *et al.*, 2017). Outra técnica difundida é a mamografia, em que doses de raios-X são aplicadas aos seios comprimidos pelo mamógrafo, resultando em imagens bidimensionais baseadas na diferença de densidade dos tecidos. Esse exame permite a detecção de microcalcificações, nódulos e alterações difusas, muitas vezes imperceptíveis na palpação. Segundo Mélega *et al.* (2011), a mamografia encontra entre cinco a sete casos de câncer a cada 1000 assintomáticos no primeiro exame (MÉLEGA *et al.*, 2011). As eventuais limitações desse método diagnóstico podem ser contornadas com outros exames de imagem, anamnese bem executada e exames histopatológicos.

A confirmação do diagnóstico da doença exige planejamento do tratamento, considerando o estágio da doença. Os estádios I e II referem-se às formas mais brandas e menos agressivas, com tumores relativamente pequenos e com pouca ou nenhuma alteração dos linfonodos próximos. O INCA preconiza que as condutas nesta fase podem ser mais conservadoras, com retirada de parte do tumor, ou mais radicais, com retirada total da mama. Já no estágio III, as pacientes apresentam tumores maiores, acima de 5 cm de diâmetro, com possibilidade de metástase, dessa forma, recomenda-se um tratamento sistêmico, como a quimioterapia, seguido de remoção cirúrgica e radioterapia. O estágio mais avançado é o IV, quando há metástase e atinge outros órgãos, exigindo um tratamento que equilibre a qualidade de vida com a sobrevida (INCA, 2020).

Assim, os tratamentos podem ser cirúrgicos ou não cirúrgicos. Dentre estes, tem-se a radioterapia, quimioterapia e a terapia endócrina. Estas técnicas visam combater o crescimento do tumor por meio da administração de substâncias citotóxicas, hormonais e/ou radiação. Seu uso depende da avaliação médica da condição do paciente e estágio da patologia e, normalmente, é associado aos tratamentos cirúrgicos. É imprescindível, contudo, alertar a paciente quantos aos riscos e benefícios do uso de drogas quimioterápicas, uma vez que este resulta em impactos sistêmicos, podendo causar efeitos adversos como fadiga, desordens cognitivas e perda de capilares (LÔBO *et al.*, 2014).

Com a devida análise das demandas oncológicas de cada paciente, a cirurgia, conservadora ou não, sempre está presente. A mastectomia é um tratamento cirúrgico mais agressivo que remove toda a glândula mamária, sendo recomendada apenas para estágios avançados da doença ou com

alta chance de recidiva, por conta dos riscos que apresenta (MÉLEGA *et al.*, 2011). A cirurgia conservadora, por sua vez, retira somente o tumor e os quadrantes ou setores acometidos, apresentando menos riscos de complicações e menor tempo de recuperação; no entanto, demanda acompanhamento cuidadoso e associação de quimioterapia e radioterapia (LOVELACE *et al.*, 2019). Nos dois tipos de procedimento, há dissecação dos linfonodos sentinelas, a fim de avaliar o grau de metástase da doença, se houver.

Apesar dos resultados da mastectomia radical e da cirurgia conservadora serem estatisticamente semelhantes quanto à qualidade de vida, a primeira produz piores resultados quanto à autoimagem e identificação corporal (MAJEWSKI *et al.*, 2012). Dessa forma, é comum associá-la a cirurgias de reconstrução mamária, para devolver a simetria e mitigar os danos psicológicos e sociais que o tratamento implica às mulheres. Após esse procedimento, pode-se aplicar retalhos ou, caso essa seja uma opção inviável, realizar a implantação de próteses de silicone (MÉLEGA *et al.*, 2011).

Em vista da alta prevalência do câncer de mama, sua consequente relevância no contexto da saúde pública e seu impacto na vida das mulheres, este estudo reúne, de maneira sistematizada, dados atuais sobre esta patologia, seus fatores de risco, prevenção, diagnóstico e as principais técnicas cirúrgicas de reconstrução mamária, a fim de permitir um aperfeiçoamento dos conhecimentos sobre esse tipo de neoplasia.

MÉTODO

A busca foi realizada entre os dias 04 e 17 do mês de outubro de 2020, na plataforma online PubMed (Serviço da *U. S. National Library of Medicine – NLM*), utilizando-se da união dos descritores “*reconstructive surgical procedures*” e “*breast neoplasms*”, termos do vocabulário controlado pelo MeSH (*Medical Subject Headings*). Para critério de elegibilidade, os artigos precisavam ser escritos em inglês com publicações veiculadas a partir do ano de 2010 até 2020, devido a maior credibilidade dos dados e a relevância dos mesmos para a revisão. Esta estratégia resultou em 438 artigos, sendo que nove, com as duplicatas já retiradas, atendiam os objetivos iniciais do estudo e foram considerados relevantes.

Ademais, também foram utilizados livros da literatura clássica e artigos mais relevantes relacionados ao câncer de mama, além de ponderar publicações de cartilhas e manuais do Ministério da Saúde (gov.br/saude/pt-br), da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo (febrasgo.org.br/pt/), da Sociedade Brasileira de Mastologia, SBM (sbmastologia.com.br/), do Instituto Nacional do Câncer, INCA (inca.gov.br/) e da Organização Mundial da Saúde, OMS (who.int/) entre os anos de 2005 e 2019, que tinham pertinência com o tema, com o objetivo de suprir a ausência de estudos em português e contextualizar com o tratamento do câncer de mama, conduta, diagnóstico e epidemiologia brasileira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores de Riscos

O câncer de mama é uma patologia de origem multifatorial que, apesar de não possuir uma etiologia específica, tem sua incidência elevada pelos fatores de risco. Estes englobam desde fatores

ambientais e genéticos até hábitos de vida e podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis (Tabela 1).

Tabela 1. Fatores de risco para o câncer de mama

Fatores de Risco Modificáveis	Fatores de Risco Não Modificáveis
Obesidade	Idade;
Sedentarismo;	Gênero;
Elevado consumo de gordura saturada e açúcar;	Etnia;
Baixa ingestão de frutas, verduras, peixes e vitaminas antioxidantes;	Menarca precoce, menopausa tardia, idade avançada na primeira gravidez e nuliparidade;
Terapia hormonal;	História familiar positiva;
Consumo de álcool e tabagismo.	Variantes geográficas.

Os fatores de risco não modificáveis mais bem estabelecidos são: idade, gênero e etnia. Isso porque é comprovado que a incidência dessa malignidade aumenta com o avanço da idade, especialmente acima dos 50 anos de idade, acomete 100 vezes mais o sexo feminino do que o masculino e é encontrado mais frequentemente em mulheres brancas (VIEIRA *et al.*, 2017).

Aliado a isso, a história familiar positiva, caracterizada como manifestação do câncer de mama em familiares femininas de primeiro grau, presente em cerca de 20% das mulheres que desenvolvem tal patologia, representa um fator não modificável. Ademais, a menarca precoce, menopausa tardia, idade avançada na primeira gravidez e nuliparidade também se enquadram em tal categoria por aumentar o tempo de exposição ao estímulo estrogênico. Como último fator não modificável, tem-se as variantes geográficas, haja vista que as maiores incidências se localizam nos países ocidentais, fato este que pode estar relacionado com fatores de risco ambientais (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010).

Quanto aos fatores de risco modificáveis, a obesidade, principalmente após a menopausa, está intimamente relacionada com o câncer de mama. Isso pois, o aumento dos níveis de estrogênio, resultantes da conversão periférica do tecido adiposo, e a hiperinsulinemia favorecem o mecanismo da carcinogênese. Nesse mesmo contexto, a baixa ingestão de frutas, verduras, peixes e alimentos com vitaminas antioxidantes (A, C, E), somada ao consumo elevado de açúcar e gordura saturada também contribuem com essa patologia (VIEIRA *et al.*, 2017).

O sedentarismo também aumenta a probabilidade do desenvolvimento desse tipo de câncer. Isso porque a atividade física é capaz de reduzir os níveis de estrogênio e progesterona, bem como a atividade proliferativa das glândulas mamárias. Além disso, tem-se que a terapia hormonal relaciona-se com a gênese dessa malignidade, em demasia se houver longo tempo de uso e o tratamento for feito com estrogênio associado à progestogênio (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010). Por fim, o consumo de álcool e o tabagismo também representam certo risco, aquele tendo relação dose-efeito e este, apesar de não estar diretamente relacionado com as neoplasias mamárias, libera fumaça que contém mais de 4720 substâncias tóxicas e 43 substâncias cancerígenas, acarretando em inúmeros malefícios à saúde do usuário (VIEIRA *et al.*, 2017).

Prevenção do câncer de mama

As medidas para a prevenção primária do câncer de mama podem ser classificadas em comportamentais, cirúrgicas e medicamentosas. No componente comportamental, é possível reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer de mama por meio da alimentação, nutrição e atividade física (BRASIL, 2019). Desse modo, as principais recomendações para prevenir esse câncer são: prática regular de exercícios físicos, alimentação saudável, controle do peso corporal, e o não consumo de bebidas alcoólicas e o não tabagismo. Além disso, a amamentação também é considerada um fator protetor e a terapia de reposição hormonal, quando indicada, deve ser feita sob rigoroso controle médico e pelo mínimo de tempo necessário (VIEIRA *et al.*, 2017).

Enquanto que as medidas comportamentais podem ser dirigidas para toda a população, as medicamentosas e as cirúrgicas devem ser pensadas e discutidas para as pacientes com alto risco para câncer de mama. A prevenção medicamentosa baseia-se no uso de moduladores seletivos do receptor de estrógeno (Selective Estrogen Receptor Modulators - SERMs). Estas substâncias são semelhantes ao estradiol e influenciam nos processos de interação hormonal regulados pelas proteínas receptoras de estrogênio. O estradiol, principal tipo de estrogênio na mulher, é um importante estimulador da carcinogênese mamária, devido a sua função de regular gene para proliferação celular, inibição de apoptose, invasão, metastatização e angiogênese (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010). Por isso, o uso do SERMs, que antagoniza os efeitos dos estrogênios, pode diminuir a incidência de câncer de mama. As principais drogas que fazem parte desse grupo são: tamoxifeno, raloxifeno, arzoxifeno e acolbifeno.

As medidas cirúrgicas, usadas em casos com graves de risco de câncer de mama, contemplam a mastectomia profilática (adenomastectomia) e a salpingooforectomia. A mastectomia profilática reduz o risco de câncer de mama ao remover cirurgicamente as mamas antes do câncer ser encontrado. Já a salpingooforectomia redutora de risco, a qual reduz a mortalidade por câncer de mama e ovários, é a cirurgia que remove os ovários e tubas uterinas. Esse procedimento deve ser pensado em mulheres de 40 anos com mutação BRCA 1 e aos 45 anos para portadoras de mutação do BRCA2 (VIEIRA *et al.*, 2017). Ambas as cirurgias são consideradas radicais e devem ser decididas pelo paciente em conjunto com os médicos, já que acarreta várias consequências, incluindo danos psicológicos.

As estratégias de prevenção secundária são um conjunto de ações que visam à redução dos impactos e consequências mais graves do câncer de mama. Neste caso, previne a progressão da doença uma vez que seu início biológico já ocorreu. Para isso, as intervenções baseiam-se no rastreamento em populações assintomáticas e na detecção precoce em sintomáticos. Já a prevenção terciária tem por objetivo a redução das consequências de uma doença já estabelecida e o aumento da sobrevida (VIEIRA *et al.*, 2017).

Diagnóstico do câncer de mama

É imprescindível que as estratégias de detecção precoce do câncer de mama sejam:

- Diagnóstico precoce: a população deve estar alerta para sinais e sintomas suspeitos de câncer e os profissionais capacitados para avaliação dos casos suspeitos. Ainda, os serviços de saúde devem estar preparados para garantir a confirmação diagnóstica, com qualidade,

garantia da integralidade e continuidade da assistência em toda a linha de cuidado (WHO, 2007).

- Rastreamento: consiste na aplicação de teste ou exame na população sem sinais e sintomas sugestivos de câncer de mama, com o objetivo de identificar alterações sugestivas de câncer e, a partir daí, encaminhar as mulheres com resultados anormais para investigação diagnóstica a fim de se melhorar a promoção em saúde (WHO, 2007).

Segundo as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama, de 2015, o objetivo geral do diagnóstico precoce é diminuir as barreiras de acesso e qualificar a demanda e oferta de serviços, a fim de se permitir o reconhecimento do câncer de mama em seu estágio inicial, assim como assegurar a integralidade e continuidade do cuidado na rede de serviços de saúde (INCA, 2015). O diagnóstico precoce constitui ferramenta essencial para a redução do estágio de apresentação do câncer (WHO, 2007).

Desde a década de 1990, uma das estratégias adotadas por diversos países no combate ao câncer de mama passou a ser a do *breast awareness*, que significa estar consciente para a saúde das mamas. Esse método de conscientização destaca a importância do diagnóstico precoce e busca orientar a população feminina a respeito das mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e dos principais sinais suspeitos de câncer de mama, dando ao paciente conhecimento para reconhecer os estágios iniciais de um possível câncer de mama (INCA, 2015). Contudo, vale ressaltar que tal medida não exclui a necessidade de se procurar um médico. Pelo contrário, com essa estratégia, em caso de suspeita de câncer de mama é necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico, em qualquer idade.

Já o rastreamento do câncer de mama é uma estratégia que deve ser dirigida às mulheres na faixa etária e periodicidade em que há evidência conclusiva sobre redução da mortalidade por câncer de mama e na qual o balanço entre benefícios e danos à saúde dessa prática é mais favorável. Os potenciais benefícios do rastreamento bienal com mamografia em mulheres de 50 a 69 anos são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. Dentre os riscos ou malefícios se encontram resultados falso-positivos, que geram ansiedade e excesso de exames; falso-negativos, que resultam em falsa tranquilidade para a mulher; sobrediagnóstico e sobretratamento, relacionados à identificação de tumores de comportamento indolente (diagnosticados e tratados sem que representem uma ameaça à vida); e, em menor grau, o risco da exposição à radiação ionizante em baixas doses, especialmente se for realizado com frequência acima da recomendada ou sem controle de qualidade (INCA, 2015).

Essa forma de diagnóstico pode ser ainda oportunística ou organizada. Nesta modalidade, o rastreio é feito por meio do convite formal às mulheres na faixa etária alvo para os exames periódicos, enquanto aquele é ofertado oportunamente às pacientes que chegam às unidades de saúde. O objetivo das duas modalidades é de garantir controle de qualidade, seguimento e monitoramento em todas as etapas do processo, contudo, a experiência internacional tem mostrado que o segundo modelo apresenta melhores resultados e menores custos (BRASIL, 2010).

Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, com cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e, sobretudo, tratamento adequado e oportuno, a mortalidade por câncer de mama vem diminuindo. O impacto do rastreamento na mortalidade por essa neoplasia justifica sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2016).

No Brasil, conforme as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, 2015, a mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade por câncer de mama. A mamografia de rotina é recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos. A realização do exame nessa faixa etária e periodicidade são rotinas adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e se baseiam na evidência científica do benefício dessa estratégia na redução da mortalidade nesse grupo e no balanço favorável entre riscos e benefícios. Em outras faixas etárias e periodicidades, o balanço entre riscos e benefícios do rastreamento com mamografia é desfavorável (INCA, 2015).

Sendo assim, o êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares: Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada; Alcançar a meta de cobertura da população-alvo; Garantir acesso a diagnóstico e tratamento oportuno; Garantir a qualidade das ações; Monitorar e gerenciar continuamente as ações. Ainda, é importante ressaltar que a existência de rastreamento, mesmo com boa cobertura, não prescinde das estratégias de diagnóstico precoce, pois são abordagens complementares.

Reconstrução mamária

O tratamento do câncer de mama baseia-se no estadiamento clínico e tipo histológico, sendo a cirurgia a principal abordagem terapêutica nestes casos, associada ou não a terapias adjuvantes como, radioterapia e quimioterapia (LIU *et al.*, 2011). Fatores como preferência e biotipo da paciente, proposta de tratamento oncológico, idade, estadiamento, bem como doenças sistêmicas concomitantes, devem ser considerados na escolha da técnica (LIU *et al.*, 2011; ANDJELKOV *et al.*, 2011). Após o tratamento cirúrgico do câncer de mama, conservador ou mastectomia total, deve ser oferecida a opção de reconstrução mamária às pacientes sem contraindicações, ou seja, uma cirurgia plástica realizada nas mamas que faz uso de tecido autólogo ou prótese para reconstruir a mama com aspecto natural.

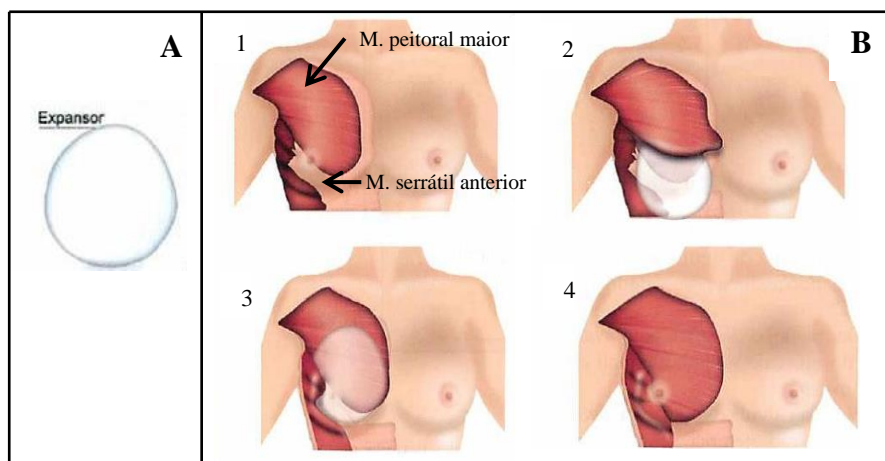
A associação de técnicas de cirurgia plástica à cirurgia oncológica surgiu como forma de atenuar o conflito existente entre o bom controle locorregional e o resultado estético. Esse conceito fundamenta-se na cirurgia oncológica ideal, na reconstrução homolateral, bem como no remodelamento contralateral imediato, quando necessário. Dessa forma, é possível realizar ressecções mais extensas na cirurgia conservadora sem que haja comprometimento significativo dos resultados estéticos finais (FIGUEIREDO *et al.*, 2017).

A reconstrução mamária é um procedimento que atua como fator de melhora na qualidade de vida da maioria das pacientes e, normalmente, não impacta na recidiva e mortalidade por câncer de mama. Mulheres com câncer de mama que não são elegíveis para terapia conservadora, bem como mulheres que apresentam alto risco genético para esse tipo oncológico, frequentemente solicitam a reconstrução mamária após a mastectomia, a fim de restaurar a simetria torácica. Há diversas técnicas atuais de reconstrução, as quais podem envolver o uso de retalho de tecido autólogo, implante protético ou até mesmo ambos (PINEL-GIROUX *et al.*, 2013). Apesar de o uso de implantes de silicone ser muito favorecido pelos cirurgiões plásticos, os avanços da microcirurgia nas últimas décadas têm culminado no uso cada vez mais frequente de retalhos de tecido autólogo, que consiste em outro método eficaz que proporciona melhores resultados cosméticos e uma textura mais natural do tecido reconstruído.

As reconstruções de mama pós-mastectomia podem ser totais, quando a mama sofre perda total, ou parciais, quando esta é ressecada parcialmente. Os avanços na radioterapia e quimioterapia, associados ao desenvolvimento de técnicas de reconstrução mamária parcial e ao advento das próteses de silicone, possibilitam tratamentos mais conservadores da mama por meio das ressecções parciais, emergindo a necessidade de uso de retalhos locais ou à distância nas reconstruções mamárias na atualidade (MÉLEGA *et al.*, 2011).

Os materiais aloplásticos, como os implantes e expansores, são comumente empregados nas mastectomias poupadoras de pele e de complexo areolopapilar e mastectomias profiláticas (LEAL, 2018). A reconstrução baseada em implantes, tal como o silicone, é indicada quando as estruturas anatômicas locais estão preservadas, sendo associada ao uso de expansores caso o tecido residual na região torácica não permita a inclusão de implante de volume total (MÉLEGA *et al.*, 2011) (Figura 1).

Figura 1. Inclusão do expansor em loja retromuscular após o deslocamento do músculo peitoral maior e do músculo serrátil anterior



Legenda: A: Expansor; B: Sequência da inclusão do expansor. **Fonte:** adaptado de MÉLEGA *et al.*, 2011.

As técnicas de reconstrução com próteses e expansores ganham evidência por se tratarem de operações relativamente simples, rápidas e de baixa morbidade. Nesse contexto, os expansores permanentes tornam-se importantes, uma vez que é desnecessário um segundo tempo cirúrgico em pacientes com quantidades reduzidas de pele, o que inviabilizaria o uso imediato de uma prótese mamária definitiva. A utilização de expansores permanentes em reconstruções mamárias imediatas viabiliza a reparação volumétrica, com bom formato da mama reconstruída, ausência de cicatrizes adicionais e pequena morbidade. Essa técnica é bem indicada nos casos em que a sobra de pele na mastectomia não permite o uso imediato de prótese com volume adequado, e quando se almeja algum grau de manipulação de volume no pós-operatório, além de permitir tempo operatório reduzido, baixa morbidade e bons resultados estéticos (AVELAR *et al.*, 2007).

Contemporaneamente, a importância dos materiais aloplásticos nas reconstruções mamárias é indubitável, sendo a indicação de expansores de tecidos e próteses mamárias cada vez mais reiteradas, dado que, com o avanço nos conhecimentos terapêuticos do câncer de mama, permitiu-se o desenvolvimento de mastectomias mais conservadoras, priorizando sempre que possível à preservação da musculatura peitoral e revestimento cutâneo (MANFREDINI, 2011).

Já o retalho composto por pele autóloga e tecido subcutâneo, é reconhecido como método excelente e confiável para reconstrução mamária em pacientes que necessitam de reconstrução sem implante (DARODA *et al.*, 2015). O local doador preferido de tecido é o abdome inferior, onde Retalhos Transversos do Músculo Reto Abdominal (TRAM) são retirados. Com o intuito de alcançar melhores resultados estéticos e reduzir a morbidade da área doadora, os cirurgiões plásticos aprimoraram ao longo dos anos a técnica do retalho TRAM original para permitir uma incisão menos extensa e excisão mais limitada do músculo reto abdominal e fáscia (PINEL-GIROUX *et al.*, 2013). As técnicas modificadas do TRAM consistem em retalho TRAM pediculado, retalho TRAM livre e retalho TRAM livre de musculatura.

Outro retalho utilizado é o Grande Dorsal (GD), confeccionado a partir de uma porção do músculo grande dorsal, colhido da parte média das costas em conjunto com o tecido subcutâneo contendo vasos toracodorsais. Caso a quantidade de tecido colhido seja insuficiente para uma reconstrução simétrica com a mama contralateral, pode-se inserir um implante protético sob o retalho. O robusto fornecimento vascular consiste em uma grande vantagem. Além disso, a colheita de tecidos das costas do paciente evita o enfraquecimento da parede abdominal secundária à criação de retalhos TRAM, porém pode deixar uma grande cicatriz no meio das costas (PINEL-GIROUX *et al.*, 2013). O uso desse retalho sem implante protético geralmente gera um resultado estético menos agradável. Por isso, ele é indicado a pacientes magras que não apresentam consideráveis gorduras abdominais e pacientes com falha em reconstrução mamária anterior (SALDANHA *et al.*, 2014).

Apesar de existirem várias técnicas de cirurgias para a reconstrução da mama, como o uso de implantes, expansores cutâneo e transferência de retalhos de pele, a decisão de qual técnica se utilizará dependerá de inúmeros fatores, como a experiência do médico, a decisão da paciente e a forma, tamanho e localização da retirada do tecido.

CONCLUSÃO

Embora seja um dos tipos mais frequentes de neoplasias que acometem as mulheres e apesar da alta taxa de cura quando diagnosticado precocemente, ainda é alto o número de casos descobertos apenas em estágios avançados. É de grande importância evitar os fatores de risco ambientais envolvidos no processo de desenvolvimento da neoplasia, sendo necessário, para tanto, incentivar hábitos de vida saudáveis como, por exemplo, prática de atividades físicas, alimentação balanceada, cessação do tabagismo, controle do peso e entre outras. Além de uma rotina de prevenção com esse enfoque, é necessário realizar o rastreamento precoce, através do AEM, do exame físico realizado pelo médico e da mamografia, ferramentas as quais contribuem com aumento da sobrevivência e diminuição da mortalidade. Conquanto, vale lembrar que a prevenção, apesar de reduzir as chances da ocorrência oncológica, não invalida em definitivo os fatores genéticos para o surgimento do câncer de mama.

O tratamento do câncer de mama envolve processos não cirúrgicos e cirúrgicos, dentre eles a mastectomia. A retirada das mamas, diferentemente de outras cirurgias, envolve aspectos psicológicos por ser um procedimento que causa algumas limitações funcionais consequentes da mutilação cirúrgica oncológica e reconstrutora e também por modificar a maneira de como a mulher se enxerga no meio social no que diz respeito, principalmente, à feminilidade. O cenário atual brasileiro garante às mulheres o direito de reconstrução mamária imediata, se as condições da

paciente permitirem, logo após a mastectomia. Contudo, são poucas as mulheres mastectomizadas que conseguem realizar a cirurgia de reconstrução.

Apesar de ocorrer este infortúnio, a reconstrução é um processo crucial em relação à qualidade de vida, sexualidade e satisfação com a imagem pessoal das pacientes mastectomizadas, de forma a trazer inúmeros benefícios psicoemocionais para essas mulheres. Como todo procedimento cirúrgico e apesar das técnicas modernas que deixam menos marcas, a reconstrução pode deixar cicatrizes ou não atingir o resultado idealizado pela mulher, podendo acarretar inclusive em transtornos físicos e emocionais. Por essa razão, é necessário que paciente e cirurgião conversem acerca dos anseios e expectativas envolvidas no procedimento a fim de esclarecer as dúvidas das pacientes e, somado a isso, saber se a paciente concorda com a realização dessa cirurgia.

Outrossim, existem diversos métodos cirúrgicos comumente utilizados no Brasil, entre eles, a reconstrução com o Retalho do Músculo Reto Abdominal (TRAM), com o Retalho de Músculo Grande Dorsal (GD) e a utilização de expansor, que, posteriormente, é substituído por prótese de silicone. Os métodos cirúrgicos podem ser divididos, de maneira geral, em métodos que utilizam implantes como próteses de silicone e/ou expansores teciduais e em métodos autólogos que utilizam o próprio tecido da paciente para reconstruir a mama em forma e volume. Conquanto, mesmo diante a essa pluralidade, é necessário observar as individualidades de cada mulher bem como a indicação, contraindicação e as possíveis complicações de cada técnica antes de fazer a escolha de qual delas empregar. Esta escolha se dá de forma a visar um melhor resultado em busca da diminuição da morbidade associada a esses procedimentos.

Para finalizar, é importante ressaltar que o presente estudo não incluiu uma revisão abrangente da literatura internacional. Foi utilizada apenas uma base de dados e limitou-se a escolha dos artigos a partir do ano de 2010. Essa decisão se deu pois, apesar do câncer de mama ser um assunto antigo e de haver variedade de estudos sobre esse tema em datas anteriores a essa, optou-se por buscar pesquisas mais atuais, prezando pelas abordagens modernas da doença. Apesar disso, o capítulo em questão utilizou as principais referências clássicas e nacionais a respeito do tema. Com base no exposto nestas literaturas e no próprio capítulo, nota-se a importância não só do estudo continuado na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, como também da busca pelo aprimoramento constante das técnicas de reconstrução utilizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDJELKOV, K. *et al.* Breast re- construction: correlation between different procedures, reconstruction timing and complications. *Serbian Archives of Medicine*, v. 139, p. 470, 2011.
- AVELAR, L. *et al.* Reconstrução imediata do volume mamário com expansores permanentes. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 22, p. 162, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer: a informação pode salvar vidas, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//folder-cancer-mama-vamos-falar-sobre-isso-2019.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, DF, 2010.
- DARODA, L.S.L. *et al.* Breast reconstruction with autologous tissue: 380 consecutive cases. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 30, p. 352, 2015.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de Orientação Mastologia. São Paulo: FEBRASGO, 2010. Disponível em: <<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/MASTOLOGIA%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2020.
- FIGUEIREDO, C.L. *et al.* Locoregional flaps in oncoplastic surgery and breast reconstruction. *Revista Brasileira de Mastologia*, v. 27, p. 135, 2017.
- INCA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>> Acesso em: 19 out. 2020.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de mama, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 7 out. 2020.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Breast cancer screening volume 15. 2016. Disponível em:<<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Breast-Cancer-Screening-2016>>. Acesso em 13 set. 2020.
- KOLAK, A. *et al.* Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, v. 24, p. 549, 2017.
- LEAL, D.G. Reconstrução mamária com implantes e tela sintética. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 33, p. 281, 2018.
- LIU, A.S. *et al.* Postoperative complications in prosthesis-based breast reconstruction using acellular dermal matrix. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 127, p. 1755, 2011.
- LÔBO, S.A. *et al.* Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, p. 554, 2014.
- LOVELACE, D.L. *et al.* Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 64, p. 713, 2019.
- MAJEWSKI, J.M. *et al.* Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciência & saúde coletiva*, v. 17, p. 707, 2012.
- MANFREDINI, R.L. Reconstrução mamária com expansor definitivo: enfoque diferenciado. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 26, p. 472, 2011.
- MCPHEE, S.J. *et al.* Fisiopatologia da doença uma introdução à medicina clínica. 5 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2007.
- MÉLEGA, J.M. *et al.* Cirurgia plástica: os princípios e a atualidade: 1 ed. Rio de Janeiro: Grupo Gen – Guanabara Koogan, 2011.

PINEL-GIROUX, F.M. *et al.* Breast reconstruction: Review of surgical methods and spectrum of imaging findings. *Radiographics*, v. 33, p. 435, 2013.

SALDANHA, O.R. *et al.* Breast reconstruction with excess reverse abdominoplasty flap. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 29, p. 297, 2014.

THORNTON, H. *et al.* 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? *European Journal of Cancer*, v. 44, p. 2118, 2008.

VIEIRA, S.C. *et al.* Câncer de mama: Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia Regional – Piauí. Teresina:EDUFPI, 2017. Disponível em: <<https://www.sbmastologia.com.br/medicos/wp-content/uploads/2018/03/C%C3%A2ncer-de-Mama-Consenso-da-SBM-Regional-Piau%C3%AD-2017.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Prevention. Geneva, 2007. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338_eng.pdf?sequence=1%3E> Acesso em: 19 out. 2020.

59

BENEFÍCIOS DO USO DE COLETOR MENSTRUAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FILIAÇÃO

1 Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário CESMAC - Maceió, AL.

AUTORES

ANNA LUIZA PEREIRA BRAGA¹
ANTONIO VINICIUS BARROS MARTIN¹
BARBARA ARAUJO NASCIMENTO¹
DENISE PADILHA ABS DE ALMEIDA¹
JULIA QUINTILIANO BOMFIM¹

Palavras-chave: Menstruação; Absorventes Higiênicos; Produtos de Higiene Feminina;

INTRODUÇÃO

A menstruação é um fenômeno fisiológico, ocorrendo em uma média de 3 a 7 dias e em um intervalo médio de 28 dias, processo no qual ocorre a descamação do endométrio, ao final do ciclo menstrual. Esse ciclo ocorre mensalmente, definido como um conjunto de alterações hormonais que preparam o corpo feminino para a gravidez. O endométrio se espessa para receber o embrião, quando a fecundação não ocorre, o óvulo é expelido, caracterizando a menstruação. Apesar de ser um evento natural do desenvolvimento feminino, a menstruação ainda é vista culturalmente como um tabu, associada a uma espécie de poluição e como uma doença (MOORE, K.L., *et al.*, 2016). Muitas mulheres, durante esse episódio do ciclo menstrual, são vistas como "impuras", proibidas até em entrar em templos durante a menstruação. Em relação aos diferentes tipos de absorventes, na antiguidade, as romanas colocavam no canal vaginal chumaços de lã macia, já na Idade Média, eram utilizados várias camadas de pano que eram reutilizados, porém, foi durante a primeira guerra mundial que as enfermeiras criaram esboços dos absorventes descartáveis atuais, a partir dos materiais utilizados para tratar e absorver os ferimentos dos soldados. Em 1930, surgiu a primeira linha de absorventes descartáveis no Brasil e em 1933 surgiram os absorventes internos nos Estados Unidos. No tocante aos coletores menstruais, patenteados em 1937, pela atriz norte-americana Leona W. Chalmers, feitos de borracha do látex e, posteriormente, com a escassez dessa matéria prima, feitos de borracha vulcânica. No entanto, os coletores não foram popularizados entre as mulheres, já que os coletores promovem indiretamente um autoconhecimento em relação a anatomia feminina, como também proporciona uma visão não estigmatizada da menstruação. Com o movimento feminista e o emponderamento feminino em alta no fim do século XX e se fazendo presente no século XXI, como também a inserção da mulher no mercado de trabalho, tendo como consequência, a busca por uma maior praticidade, os coletores passam a ter uma maior popularidade, uma vez que é preciso entrar em contato com a vagina e ter uma maior noção sobre o fluxo menstrual,

além de serem mais sustentáveis, baratos e adequados para o corpo feminino. Logo, o objetivo deste estudo foi demonstrar por meio de uma revisão de literatura os pontos positivos do uso do coletor menstrual para a saúde da mulher e para o meio ambiente.

MÉTODO

Pesquisa de revisão de literatura, realizada em meios eletrônicos de artigos indexados na base de dados da SciELO, Google acadêmico, PubMed e livros. Como critérios de inclusão artigos em idioma português e inglês, estudos de revisão de literatura e sistemática, pesquisas de campo publicados entre 2010 e 2020. Com a utilização dos descritores no Decs (descritores em ciência e saúde): Menstruação; Absorventes Higiênicos; Produtos de Higiene Feminina; Menstrual Cup, foram encontrados 86 artigos e destes, selecionamos 6 após a exclusão dos que não se adequavam ao trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as vantagens do coletor menstrual (Figura 1), têm-se que ele pode ser utilizado por 12 horas, não possui odores, é de fácil higienização, além de ser um produto de longa duração e hipoalergênico. O modo de utilização, que é bem simples (Figura 2), depende do tamanho do coletor e da anatomia íntima da mulher, mas é basicamente dobrar e inserir no canal vaginal com a haste colocada para fora, já para retirar, e após o uso deve-se puxá-lo pela haste, para depois fazer a higienização. Para higienizá-lo é necessário esvaziar duas a três vezes e lavar com água e sabão neutro durante o período menstrual e, no fim do ciclo, é indicado ferver em uma panela por cinco minutos (tendo cuidado com o material da panela). Ele é muito mais saudável em comparação com outras alternativas, como absorventes descartáveis, por exemplo, que são prejudiciais já que em sua composição há diversos componentes químicos relacionados a odores, além de várias camadas plásticas que podem abafar a região, contribuindo para a proliferação de bactérias. Além disso, o custo benefício dos absorventes descartáveis é muito maior sendo que, em média, uma mulher com uma média de 450 ciclos menstruais gasta em média 10.000 absorventes, já com a média de preço de R\$ 0,60 centavos por absorvente, o gasto vai para 6.000. No entanto, o coletor tem preço médio de 85 a 155 reais, tendo uma duração média de 5 a 10 anos, logo, comparando com absorventes descartáveis, que são utilizados por apenas quatro horas, o custo-benefício é melhor.

Figura 1. Coletores menstruais



Fonte: FREIRAS, 2018.

Figura 2. Demonstração ilustrativa de como utilizar o coletor menstrual corretamente



Fonte: FREIRAS, 2018.

CONCLUSÃO

Foi constatado que o coletor menstrual é a melhor alternativa no que se refere a saúde íntima da mulher e ao aspecto financeiro das consumidoras, pois foi observado que os coletores menstruais além de promoverem menores riscos de infecções e danos para a saúde vaginal, também são um produto reutilizável e possuem um longo prazo de validade, o que não só beneficia o meio ambiente, como também é economicamente mais vantajoso para a consumidora por não ser necessário a compra de um novo coletor durante três anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, Camila Aloisio, e Elaine Reis Brandão. “Vulnerabilidades No Uso de Métodos Contraceptivos Entre Adolescentes e Jovens: Interseções Entre Políticas Públicas e Atenção à Saúde.” *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 14, 1 Apr. 2009, pp. 661–670,

Capitani, Lidia. “Menstruação: Quantos Dias Dura, Cores e Quando Está Atrasada.” Disponível em: www.minhaverdade.com.br/saude/tudo-sobre/35486-menstruacao. Acesso em: 11 dez. 2020.

FELITTI, K. El ciclo menstrual en el siglo XXI. Entre el mercado, la ecología y el poder femenino. *Revista Latinoamericana*, p. 175, 2016.

Freiras, Dr Alberto de Araújo Tavares. Coletor Menstrual - como utilizar. 27 de Julho de 2018.

Manica, Daniela Tonelli, and Clarice Rios. “(In)Visible Blood: Menstrual Performances and Body Art.” *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, vol. 14, no. 1, 2017.

PRADO-GALARZA, M. La copa menstrual, una alternativa de higiene femenina: Revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*, v. 85, p. 99, 2020.

60

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CENÁRIO DA SAÚDE DA MULHER: UMA REVISÃO DA LITERATURA

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Saúde e Ecologia Humana - FASEH, Vespasiano, MG.

AUTORES

ALICE CAMPOLINA VIDAL¹
ISABELA FERNANDES MARCILIO ARAÚJO¹
LETÍCIA DANIELA DE FARIA¹
LETÍCIA DE SALES RAMALHO¹
LIGIA REGINA BASTOS NEVES¹
PAULA STEFANNE RIBEIRO DOS REIS¹
SARA NERY MIRANDA¹
SARAH MANSUR AMARAL¹

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Gestante; Práticas Médicas.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica (VO) é tudo aquilo que signifique desrespeito à autonomia, à integridade física e mental, à privacidade e à liberdade de escolha da mulher, então infere-se que a VO é uma questão de saúde pública. No Brasil, o excesso de intervenções no parto tem sido designado como VO, que podem ser violência durante o procedimento, bem como violência institucional ou estrutural na atenção ao parto. Dessa forma, todas essas agressões contribuem para os altos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Além disso, os atos de hostilidade são dirigidos às mulheres grávidas, parturientes ou que estão no período de puerpério sendo, por conseguinte, categorizados como violência de gênero. Um momento que deveria ser marcado por sentimentos de afeto e de expectativas positivas tem, muitas vezes, uma predominância de sensações negativas para essas mães, gerando impactos para a integridade física e mental delas. O despreparo e descaso de muitas equipes de saúde, atrelado a tomada de iniciativas sem o consentimento da paciente são os principais fatores que levam o acometimento da VO que pode ser realizada de vários modos.

O assunto em pauta é, portanto, de inequívoca relevância para a saúde da mulher, haja visto que, apesar dos procedimentos para o parto estarem em constante inovação, o que favorece o processo discutido para a gestante, ele é acompanhado de violência contra as parturientes. Atentando para a pertinência da temática nesse cenário, o objetivo desse capítulo é pontuar os tipos de VO existentes, destacar as principais consequências para mulheres que vivenciam essa situação e abordar alternativas de combatê-la (DA ROCHA & FERREIRA 2019).

MÉTODO

Foi realizada uma busca na base de dados SciELO, com os seguintes descritores em língua portuguesa: violência obstétrica, gestação e práticas médicas. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão nas 93 publicações encontradas, as quais foram incluídos artigos publicados a partir do ano de 2018 e que estivessem na língua portuguesa, inglesa ou espanhola e excluídos artigos que não estivessem disponíveis, gratuitamente, em textos completos. Após aplicados esses critérios foram selecionados 52 artigos, sendo três os usados nesse resumo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O período gestacional é um processo muito especial e marcante na vida da gestante e, por isso, deve ser guiado de forma humanizada e respeitosa. Entretanto, a realidade de muitas mulheres que passam por esse processo não é um reflexo dessas expectativas. Esta contradição culmina em impactos negativos e experiências desagradáveis por parte das gestantes o que fere os seus inúmeros direitos como cidadã. No Brasil, a então VO está contextualizada na vida de uma em cada quatro mulheres, segundo o estudo publicado pela fundação Perseu Abramo (PARTIDO DOS TRABALHADORES, 2013) que abrange atos de desrespeito, assédio moral, violência física e/ou psicológica e negligência contra as parturientes. Ademais, segundo a pesquisadora Maria do Carmo Leal, da Fundação Oswaldo Cruz, as mulheres negras são mais arremetidas com a VO, pois são as que mais peregrinam na hora do parto, passam mais tempo esperando atendimento, possuem menor tempo de consulta, estão mais vulneráveis a procedimentos dolorosos sem anestesia e, portanto, estão mais sujeitas a morte. Tudo isso é devido a questões sociais e percepções falsas e sem embasamento científico que supõem que “a mulher negra é mais forte e tem mais tolerância a dor”. Essa forma de violência pode ser realizada por meio do não cumprimento de direitos garantidos por lei, como o direito a um acompanhante, do tratamento desumanizado, do abuso da medicalização e da patologização do que deveria ser feito naturalmente (FLAESCHEN, 2020).

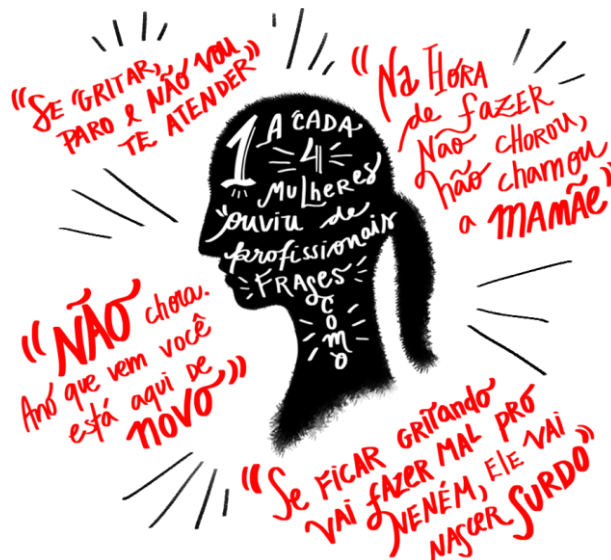
Tipos de Violência Obstétrica

A VO pode ocorrer de diversas maneiras, e vários profissionais podem ser responsáveis por cometer tal ato, como médicos, enfermeiros, anestesiologistas, técnicos e até mesmo a administração do hospital (RIGOTTO, 2019). A seguir serão apresentadas os tipos de VO que as mulheres estão expostas:

- **Violência por negligência:** é a negligência dos direitos da gestante, como omitir informações sobre o parto e negar atendimento. Ambas podem desencadear o deslocamento da paciente para um atendimento com outro profissional durante o pré-natal ou a troca de leito no momento de parir, práticas essas extremamente desgastantes para a futura mãe. E a última negligência é o descumprimento da Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005: proibir a gestante de ter um acompanhante durante o seu tempo de internação para a retirada do conceito. Nessa lógica, a parturiente desenvolve sentimentos de abandono, solidão e tristeza. (KATZ *et al.*, 2020).

- Violência verbal e psicológica: Inclui falas e comentários constrangedores à mulher por sua aparência, cor, etnia, idade, peso, altura, escolaridade, condição socioeconômica, estado civil, orientação sexual, e número de filhos com a finalidade de oprimir, intimidar e humilhar. Inclusive, os profissionais podem xingar e ridicularizar a gestante pelo seu sofrimento, no trabalho de parto, expresso em gritos e choro (Figura 1). Essas atitudes despertam na paciente sensações de medo, insegurança, inferioridade, incapacidade e vulnerabilidade e, desse modo, a experiência de parir se torna desesperadora e traumática.

Figura 1. Parto Anormal: Violência obstétrica fere mulheres e mata bebês no DF



Fonte: MENEZES, 2018.

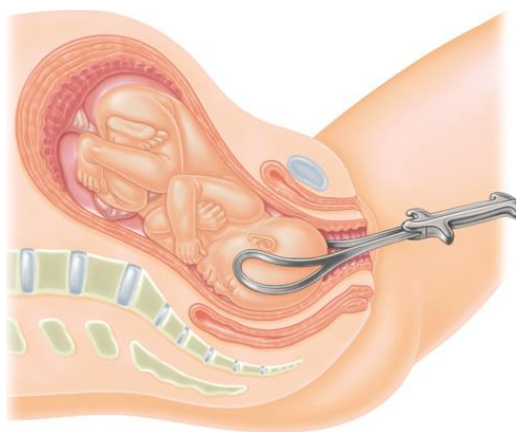
- Violência obstétrica no atendimento em situações de abortamento: quando o aborto acontece de modo espontâneo ou induzido pela própria parturiente (em clínicas clandestinas ou pela ingestão de substâncias abortivas) podem acontecer complicações físicas e clínicas e, quando elas ocorrem, as mulheres dão entrada nos hospitais e tem, por muitas vezes, o atendimento negado. Além do mais, são indagadas quanto ao motivo do aborto (se intencional ou não), recebem ameaças e acusações por parte dos profissionais da saúde, assim como são denunciadas para a polícia da mulher. Por último, procedimentos invasivos como a curetagem, sem anestesia, sem o aval da mulher por conta da falta de comunicação, de explicação e de justificativa acerca das medidas e decisões tomadas pelos profissionais de saúde sobre o seu corpo (GUIMARÃES *et al.*, 2018).
- Violência física: é uma agressão física à gestante por meio de intervenções invasivas no momento de parir, como o toque vaginal constante e sem comunicação entre o ginecologista obstetra e a parturiente, a prática da cesárea e da episiotomia, o uso de fórceps, de laxantes e ocitocina sintética endovenosa sem necessidade clínica para tal, associada à recusa da futura mãe. Assim, deve-se esclarecer e detalhar em que situações a cirurgia e a ferramenta médica, anteriormente descritas, se encaixam no quesito de violência obstétrica.

Crítérios que determinam quais práticas e técnicas médicas podem ser caracterizadas como violência obstétrica

Fórceps

O fórceps obstétrico é um aparato médico designado a atar a cabeça fetal e abduzi-la por meio do canal do parto e conglomerar ações de preensão, rotação e tração: tudo isso facilita a expulsão do feto e poupa a mãe de um esforço físico expressivo (Figura 2). Tendo ciência dessas manobras e funções do fórceps, esse utensílio obstétrico é insubstituível em determinados partos e pode ser decisivo no salvamento da vida materna e fetal.

Figura 1. O que é fórceps? Entenda essa ferramenta usada no parto normal



Fonte: Blog Tudo Ela, 2019.

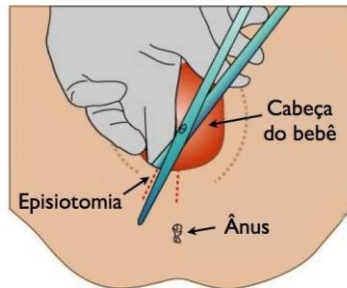
Existem contraindicações para o uso desse equipamento, como a falta de condições de praticabilidade como a não dilatação total do colo uterino, vagina intolerante e períneo dotado de pouca elasticidade e bacia inadequada ao feto, não havendo proporcionalidade cefalopélvica. Além disso, há contraindicação se a apresentação de crânio não for insinuada e nem próxima à vulva, e não for abaixo ou no plano +2 de DeLee (Fórceps baixo, porém ainda não está no assoalho pélvico). Vale ressaltar também que se as gestantes não apresentarem enfermidades que comprometem o aparelho respiratório, cardíaco e nervoso o proveito do fórceps é dispensado. Ademais, não é recomendado que o médico obstetra manuseie o instrumento médico se ele não possuir experiência suficiente para tal. Conclui-se, então, que se o profissional da saúde recorrer ao fórceps nos contextos em que ele é contraindicado e/ou obsoleto, ele irá causar uma dor física imensa à parturiente e prescindível, por isso o indivíduo estará cometendo uma VO que provocará lesões vaginais leves e lesão grave do esfíncter anal (FIGUEIREDO *et al.*, 2015).

Episiotomia

Outro procedimento cirúrgico criticado por muitos profissionais da saúde, mas ainda muito utilizado é a episiotomia, conhecida como uma incisão cirúrgica na região da vulva (por uma tesoura ou lâmina de bisturi), com indicação obstétrica, para reduzir o trauma dos tecidos do canal do parto,

facilitar a expulsão do concepto e impedir o surgimento de lesões do polo cefálico fetal, submetido à pressão sofrida, ao se aproximar do períneo da gestante (Figura 3). Entretanto, de acordo com a ONG Artemis, a prática médica em questão é sugerida para cerca de 10% a 15% dos casos, contudo é realizada em 90 % dos partos hospitalares na América Latina.

Figura 3. Quando a episiotomia é necessária



Fonte: Clínica Chazan, Ginecologia e Obstetrícia, 2015.

Seguindo esse ponto de vista, a Faculdade Americana de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) de 2006 e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) não recomendam a episiotomia rotineira e liberal, e a Federação ressalta a importância de ser um procedimento consentido pelas grávidas e quando houver sofrimento fetal. Enquanto a pesquisa americana informa a utilidade nos partos laboriosos e naqueles que dispõem de alto risco de lesão perineal grave. Ainda que existem poucas indicações, os vantagens da episiotomia nesses contextos são controversos, pois acredita-se que os malefícios dessa prática superam de modo ligeiro ou se equiparam aos benefícios como a incidência de hemorragia pós-natal e a lesão do esfíncter anal. Em um estudo realizado no ano de 2004 pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Instituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Burlo Garofolo e Universidade de Trieste na Itália, as gestantes submetidas a essa técnica médio-lateral apresentaram maior incidência de dispareunia, dor puerperal e redução da força muscular (SARTORE *et al.*, 2004).

Parto Cesárea

Procedimento cirúrgico que se embasa na incisão da parede abdominal (laparotomia) com o intuito de remover o concepto. Não existe nenhuma contraindicação desta cirurgia em circunstâncias em que não há morte fetal ou malformação não compatível com a vida, todavia o parto por cesariana pode oferecer alguns riscos como má cicatrização, formação de queiloide, placenta presa ao útero após o parto ou endometriose. Além do mais, um estudo no caderno de Saúde do Rio de Janeiro, de 2003, revelou que quando as 885 mulheres foram questionadas se queriam parto cesáreo, a maioria das entrevistadas (75,6%) respondeu que não. Este percentual alterou na maternidade pública, de 62,9% (nas mulheres que tiveram parto cesáreo) a 81,5% (nas que tiveram parto vaginal); na maternidade conveniada a resposta negativa variou de 74,2% (parto cesáreo) a 83,7% (parto vaginal). Por fim, nas duas maternidades, apenas 24 mulheres não tinham preferência acerca do tipo de parto.

As razões mais comuns ditas pelas mulheres para não desejarem o parto cesáreo foram: “recuperação mais difícil e lenta no parto cesáreo” (39,2%) e “dor e sofrimento maior depois da cesárea” (26,8%). Em contrapartida, muitos médicos dos hospitais particulares e alguns dos públicos

optam pela cirurgia por ela fornecer a eles maior lucro financeiro, por serem agendadas e o trabalho de parto é curto o que possibilita os profissionais fazerem mais atendimentos e mais cesarianas em um dia. Nesta perspectiva, os médicos priorizam as suas vontades em detrimento das opções e opiniões das futuras mães (MENEZES, C.A.S *et al.*, 2017).

Laxante

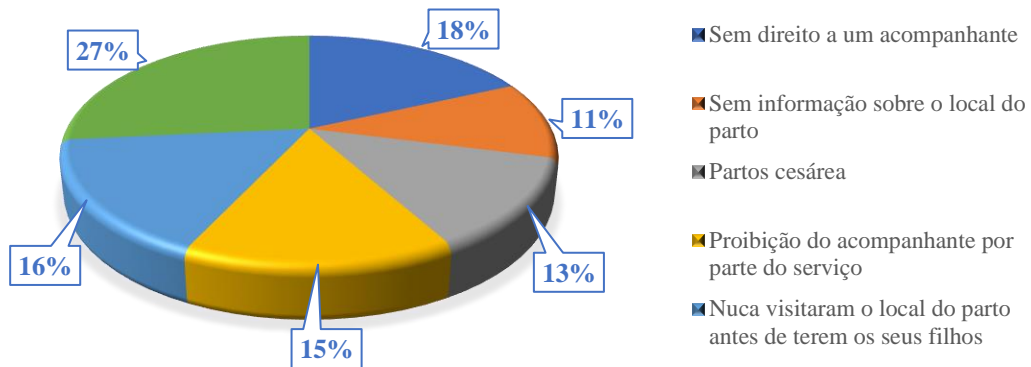
A lavagem intestinal com laxante, previamente ao parto, para prevenir a evacuação da grávida é uma técnica que está em desuso porque a maioria das gestantes não defecam ao parir, o procedimento é desagradável e a ingestão do medicamento pode ocasionar sérias infecções intestinais na paciente.

Ocitocina

Por fim, o frequente uso inadequado do soro com ocitocina também se encaixa na modalidade de agressão física à parturiente. Essa classificação ocorre porque, apesar desse soro estimular as contrações uterinas e favorecer um parto mais rápido, o hormônio em excesso pode aumentar, exponencialmente, a dor e de modo repentino o que dificulta a mulher a suportá-la e induz os profissionais a recorrerem às analgesias, a um parto com fórceps ou mesmo a uma cesárea. Em contrapartida, a ocitocina sintética injetada faz com que o corpo diminua a quantidade de receptores de ocitocina no útero, para prevenir o estímulo exacerbado. Nesse caso com a baixa dos receptores, há maior risco de hemorragia pós parto, já que o útero precisa contrair para diminuir o sangramento. Ademais, o uso do hormônio afeta a liberação da endorfina e da adrenalina, diminuindo assim a sensação de prazer após o parto e reduzindo a criação de vínculo da mãe com o bebê seguida de uma dificuldade no aleitamento materno (WELDT, 2018).

Logo, é possível compreender que a violência pode ocorrer de diferentes modos, sendo muito importante que a mulher tenha conhecimento sobre isso, para que, caso ela vivencie, esteja capacitada para tomar as medidas jurídicas cabíveis contra tais atos e para que ela repasse as informações para as outras mulheres que pretendem engravidar, irão parir ou estão passando pelo processo de abortamento. A partir dos estudos realizados com 103.905 mulheres pela Rede Cegonha, programa do SUS (Sistema Único de Saúde), percebe-se a prevalência de alguns tipos de VO já vivenciadas. No Gráfico 1 observa-se que 27% dessas mulheres tiveram seus partos em posição deitada, o que não é o indicado, pois pode dificultar a passagem do lactente e diminuir a quantidade de oxigênio que o bebê recebe durante as contrações; outro dado alarmante desse estudo foi que 18% não tiveram direito a um acompanhante, o que fere a Constituição Federal.

Gráfico 1. Violência obstétrica: 103.905 mulheres entrevistadas- Rede Cegonha (Resultados 2012-2013)



Fonte: GONÇALVES MEIRA ARRUDA, K. Rede Cegonha, 2012-2013.

Morbimortalidade Materna

Conforme a Secretaria Estadual de Saúde, a morte materna é o falecimento de uma mulher no decorrer da gestação ou até 42 dias após a sua conclusão e é fomentada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por decisões tomadas em relação a ela. Aliás, o departamento de ações em saúde revela que as análises das circunstâncias e conjunturas em que e como morrem as mulheres elucidam o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Tendo isso em mente, infere-se que as Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de condições socioeconômicas limitadas, de baixo grau de informação e escolaridade, de dinâmicas familiares em que a violência predomina, especialmente, de dificuldades de acesso a serviços de saúde adequados.

Nessa lógica, a morbimortalidade materna é um problema social e de saúde pública preocupantes e pode estar ligada a inúmeros fatores, dentre eles a VO, cuja modalidade na qual se encaixa é a morte materna obstétrica direta. Não obstante, esse tipo de morte materna contabiliza outras causas não concernentes às agressões físicas ou verbais contra as parturientes. Isto posto, não há dados precisos nem um processo de contagem rigoroso de mortes maternas por VO obstétrica separadas dos outros episódios causais do perecimento da mulher que também se encontram na categoria morte materna obstétrica direta. Além disso, os números que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aclara abrangem o cálculo dos dados gerais entre a morte obstétrica materna direta e indireta. A quantia razoável dessas mortes seria uma razão < 20 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, porém no Brasil, o resultado é de 60/100.000 segundo a Estimção da razão de mortalidade materna do Brasil, presente no Caderno de Saúde Pública de 2014 (AMORIM, 2014). Esta taxa elevada não transparece se as intervenções durante o parto se sobrepõem às outras motivações dos óbitos, sem embargo pode-se afirmar que há superabundância, a qual poderia ser evitada, das práticas médicas, majoritariamente, nos hospitais públicos. Por conseguinte, as intercessões dos médicos, no decorrer do parto, contribuem significativamente para a morbimortalidade materna, porém é substancialmente necessário que estatísticas mais específicas sejam angariadas e averiguadas (COURTOIS & MAYA, 2020).

Questões Jurídicas

A legislação federal brasileira não possui uma modalidade que diz respeito apenas à VO. Nessa perspectiva a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal e a Diretoria Colegiada da agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conhecidos como os órgãos que estabelecem as condutas dos médicos e que resguardam as vítimas, criaram resoluções para protegê-las de atendimentos e comportamentos desrespeitosos advindos dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos (LOPES, 2020).

Outrossim, o judiciário do Brasil se baseia nas legislações vigentes presentes na Constituição Federal para aplicá-las no contexto dos direitos das grávidas e no de violência obstétrica cometida contra elas. Nessa lógica, os artigos consultados são:

“Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

III – a dignidade da pessoa humana

Art. 5º- Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

III – tratamento assemelhado à tortura, desumano, e degradante;

X – violação da intimidade e da vida privada;

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”

É necessário que a gestante seja instruída a identificar as condutas abusivas e criminosas que podem ser realizadas pelos profissionais de saúde na execução de suas incumbências, visto que, tendo consciência da existência possíveis abusos que podem ocorrer, fica em estado de atenção estando apta a evitar qualquer dano oriundo de uma conduta abusiva contra sua integridade física e psicológica.

Estatísticas em outros países

Os dados sobre a magnitude da violência obstétrica em outros países ainda não são precisos, principalmente, pelo fato da VO ser um tabu para muitas mulheres, pois elas banalizam as experiências injustas e desumanas que suportaram nos períodos do parto e do pós-parto. Essa trivialização é suscitada pela normalização, por parte dos profissionais, dos atos hostis e das agressões que elas sofrem nos domínios desses especialistas em saúde. Um estudo reportado pela Universidade de Harvard foi efetivado em quatro países latino-americanos e, divulgou que uma em cada quatro mulheres que vivem com HIV/AIDS, foram pressionadas após o diagnóstico a realizar a esterilização definitiva- processo de retirada da capacidade de reprodução do corpo. Já o México foi condenado pela Organização das Nações Unidas por realizar a esterilização de quatorze indígenas pelo sistema público, o que configura VO, pois não foi respeitada a soberania da mulher na decisão sobre seu corpo.

Dessa maneira, é valioso comunicar quais os países já avançaram na legislação quanto a VO, por exemplo a Argentina e a Venezuela que, diferente do Brasil, configuram a VO como crime. Isso ocorre, porque as leis destes países são contra a perda da autonomia da mulher em praticar o seu livre arbítrio sobre o seu corpo, por isso a legislação reduz os casos de apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, pelos profissionais da saúde, portanto os impactos negativos na qualidade de vida das mulheres são menores e menos frequentes (DA ROCHA & FERREIRA, 2019).

CONCLUSÃO

Portanto, a VO é um problema habitual no Brasil, que pode ser enumerado de diversos modos e causado por diferentes agentes, fazendo com que um momento tão importante e significativo seja marcado pela violação dos direitos e autonomia da mulher. Nesse contexto, apesar de inúmeras leis, diretrizes e instituições garantirem os direitos e proteção à mulher e ao recém-nascido, na prática tudo isso é falho e explica a alta frequência da VO no cenário brasileiro. Com isso, é notável que as gestantes tenham ciência de todos os seus direitos e que todas as suas vontades sejam respeitadas, para que o processo do parto e pós-parto seja um momento humanizado, encantador, memorável e o mais prazeroso possível.

Para isso ocorrer, é necessário que medidas sejam tomadas, como iniciativas de mobilização social, por exemplo a exposição do Sentidos do Nascer, projeto fotográfico em que diversas mulheres testemunharam os tipos de violências que vivenciaram no período da gestação. Além disso, é importante que as mulheres saibam como denunciar essas condutas inadequadas, por meio do disque 180 (Violência Contra a Mulher) ou para o 136 (Disque Saúde), bem como se apresentar pessoalmente na Defensoria Pública, independente se o serviço prestado foi público ou privado. Inclusive, é essencial incentivar as cidadãs a realizarem o plano de parto, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, no qual a gestante deixará registrado as suas vontades, preferências e decisões em relação ao seu período do parto e do pós-parto. Por fim, vale ressaltar que as mulheres grávidas, parturientes ou que estão no período de puerpério devem ter o papel de protagonistas durante todo o processo de gestação e pós-parto e, para isso acontecer, deve-se sobretudo respeitar a sua autonomia e os seus desejos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Melanie. Assistência Obstétrica Baseada em Evidências Científicas e a Prevenção da Morte Materna. 2014. Disponível em portalarquivos2.saude.gov.br. Acesso em: 09 dez. 2020.

CLÍNICA CHAZAN. Quando a episiotomia é necessária. São Paulo, 16 abr. 2015. Disponível em: <http://www.clinicachazan.com.br/?s=episiotomia>. Acesso em: 9 dez. 2020.

COURTOIS, M.L.C. & MAYA, N.A.S. Violência obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género. *Violência Obstétrica*, v. 8, p. 103, 2020.

DA ROCHA, N.F.F. & FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Via de Parto. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol.44. 2020.

FIGUEIREDO, E.T. & AGUIAR, P.M.A. Protocolo Clínico: Fórcepe. *Fórcepe*. p. 1-7. 2015. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.012++REV1+F%C3%93RCIPE.pdf/9653274d-b516-4726-af58-88da8044b4f5>. Acesso em: 16 nov. 2020

FLAESCHEN, H. Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica. *Violência Obstétrica*, Rio de Janeiro/RJ, p. -, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/8m-mulheres-negras-sofrem-mais-violencia-obstetrica/45463/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

GONÇALVES MEIRA ARRUDA, K. Violência contra a mulher no parto: um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha: Descrição dos resultados: dados da pesquisa da rede cegonha e a categorização da violência na atenção obstétrica. Orientador: Maria Inez Montagner. 2016. 129 p. Dissertação (Mestrado e Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 21 de Outubro de 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.26512/2015.10.D.19203>. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/19203>. Acesso em: 09 dez. 2020.

GUIMARÃES, L.B.E. *et al.* Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Violência Obstétrica, Tocantins*, p. 1-11, 15. 2018.

KATZ, L. *et al.* Who is atrais of obstetric violence? *Obstetric Violence*. v.20, n.2, 2020.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Violência obstétrica, Rio de Janeiro*. v. 24, n. 8, 2019.

LOPES, J. M. Violência Obstétrica: Uma Análise Jurídica Acerca Do Instituto No Estado do Tocantins. *Violência Obstétrica*. p. 1-20, 2020.

MENEZES, C.A.S. & EDUARDO, J. Parto Cesariano. *Maternidade Climério Oliveira*, Universidade Federal Bahia. c.16, p 1-11. 2017

MENEZES, Leilane. Parto Anormal: Violência obstétrica fere mulheres e mata bebês no DF. Brasil, 15 abr. 2018. Disponível em: <https://www.metropoles.com/materias-especiais/parto-anormal-violencia-obstetrica-fere-mulheres-e-mata-bebes-no-df>. Acesso em: 09 dez. 2020.

PARTIDO DOS TRABALHADORES. Fundação Perseu Abramo. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou. 25 mar. 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 9 dez. 2020.

SARTORE, A. *et al.* The Effects of Mediolateral Episiotomy on Pelvic Floor Function. *After Vaginal Delivery*. v. 103, p. 669. 2004.

TUDO ELA. O que é fórceps? Entenda essa ferramenta usada no parto normal. Brasil, 26 set 2019. Disponível em <https://tudoela.com/forceps/>. Acesso em: 09 dez. 2020.

WELDT, D.V. Usar ou não o soro com ocitocina no parto?. Jaraguá do Sul - SC, 2018. Disponível em: <https://blog.casadadoula.com.br/parto-normal/usar-ou-nao-o-soro-com-ocitocina-no-parto/>. Acesso em: 09 dez. 2020.

61

UM PANORAMA FISIOLÓGICO E SOCIAL ACERCA DO ENVELHECIMENTO DA MULHER

FILIAÇÃO

¹ Curso de Medicina,
Universidade do Extremo Sul
Catarinense, Criciúma, SC.

AUTORES

LUANA BEZERRA GONÇALVES ROCHA¹
ÂNDREA KOHLRAUSCH SCHEFFER¹
PAULA SZYMANSKI¹

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Envelhecimento; Fisiologia.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados da PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua) de 2019, as mulheres compõem 51,8% da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018, a expectativa de vida do sexo feminino ao nascer foi de 79,9 anos e, com relação às mulheres idosas (65 anos ou mais), estima-se uma sobrevivência de 20,3 anos a mais. Assim, é visualizado um crescimento tanto na expectativa de vida, quanto na longevidade desse grupo.

Desse triunfo surge o desafio de estabelecer não só a longevidade como também a qualidade de vida visto que senescência é diferente de senilidade. Senescência está relacionada com o envelhecimento normal, no qual inúmeros processos biológicos são alterados com o tempo. Estas alterações não são homogêneas, variando a depender de cada órgão e da influência dos marcadores genéticos, exposição ambiental e estilo de vida (BLOKZIJL, 2016; HJELMBORG, 2006). A senilidade, por sua vez, se apresenta quando as transformações geradas pelo avanço da idade favorecem o estabelecimento ou a continuidade de patologias (BRASIL, 2006), ou seja, senil é o idoso que apresenta comorbidades.

Segundo o IBGE, a população com mais de 60 anos no Brasil, em 2018, era de aproximadamente 28 milhões de pessoas, correspondendo a 13% da totalidade dos habitantes. Neste cenário, uma figura vem se tornando bastante relevante e presente na sociedade: o cuidador. Hoje, o protótipo que desempenha esse papel é o de uma mulher, idosa, familiar do idoso a ser cuidado e que, em muitos casos, exerce esta função de maneira voluntária e/ou informal, tornando-se o elo entre os demais integrantes da família e o idoso fragilizado e o sistema de saúde (FALEIROS, 2015).

Todavia, esse encargo pode se tornar extenuante pois, na maioria das vezes, a cuidadora abre mão das suas atividades, da vida social e relações interpessoais, para promover qualidade de vida ao idoso necessitado. Devido à essas abdições, estas “idosas ativas” estão sujeitas a estresse,

cansaço físico e mental, tristeza e, por vezes, negligenciam o cuidado da própria saúde (FALEIROS, 2015; BRASIL, 2008).

Nesse panorama, o objetivo deste estudo é compreender a peculiaridade das transformações fisiológicas do processo de envelhecimento da mulher e seu impacto na qualidade de vida, visto que a maior parte da população idosa mundial tende a ser cada vez mais feminina.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada nas bases de dados do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Biblioteca Nacional em Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA), UpToDate e PubMed em outubro de 2020. Foram utilizados os seguintes descritores: Saúde da Mulher, Envelhecimento, Expectativa de Vida, Cuidador de Idosos, Promoção de Saúde, Menopausa. Como critério de inclusão: Artigos completos e publicações nas bases de dados oficiais supracitadas, publicadas entre 2005 e 2020, disponíveis em formato online.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trinta e três publicações oficiais foram selecionadas nas bases supracitadas e utilizadas neste estudo. Na literatura há vários conceitos sobre saúde da mulher. Há perspectivas mais voltadas à aspectos fisiológicos do sexo feminino, outras mais direcionadas ao processo do envelhecimento, e ainda há àquelas mais restritas a questões sociais, tanto no contexto particular da mulher quanto na população em geral. Foi proposto abordar o entendimento sobre saúde da mulher em todos estes contextos. A fim de explicar aspectos fisiológicos e sociais do sexo feminino, neste estudo, questões relacionadas à gênero não foram incluídas.

A fisiologia do envelhecimento no sexo feminino

O processo de envelhecimento ocorre de forma diferente entre homens e mulheres. Tal fato culmina em uma das maiores características da biologia humana: a superioridade das mulheres em sobrevivência e longevidade desde o nascimento. Na verdade, essa vantagem de sobrevivência feminina começa no pré-natal, já que bebês do sexo feminino sobrevivem melhor do que bebês do sexo masculino quando nascem prematuramente (AUSTAD, 2019).

Ao nascimento, a mulher já possui todos os seus ovócitos formados e, durante seu período reprodutivo, estes vão sendo gradualmente depletados através da ovulação e da atrofia. Pode-se dizer então que, com a menarca, inicia-se o período de fertilidade da mulher e é finalizado com a menopausa. Nesse intervalo, a cada ciclo menstrual, quando não há fecundação, cerca de um ovócito é depletado, até que o estoque formado na vida intrauterina seja encerrado (BURGER, 2008).

Com o aumento da expectativa de vida, pode-se afirmar que aproximadamente 40% da sua vida a mulher passará na fase pós-menopausa (MANSON & KAUNITZ, 2016). Embora a menopausa seja um diagnóstico retrospectivo que implica na interrupção espontânea por, no mínimo, 12 meses, dos ciclos menstruais, ela não é um ponto único no tempo, e sim um processo de transição que ocorre ao longo de vários anos, quando a mulher experimenta diversas mudanças no seu ciclo hormonal (SIOBÁN *et al.*, 2012). Conforme ocorre o decréscimo no número de ovócitos ao longo dos ciclos menstruais, há menor secreção de inibina B, substância responsável

pelo *feedback* negativo para liberação do hormônio folículo estimulante (FSH). O aumento na secreção de FSH leva a maior recrutamento e conseqüente perda folicular. Os níveis de estrogênio são mantidos no início desse período de transição, entretanto, com o aumento da perda ovariana, eles começam a se alterar e resultam na perda do ciclo reprodutivo normal. O estado pós-menopausa é, portanto, caracterizado por baixo nível de estradiol e elevado nível de FSH (HALL, 2007).

No mundo todo, a maioria da população feminina tem esse acontecimento em torno dos 51 anos de idade (MANSON & KAUNITZ, 2016). Os sintomas da menopausa são muito estressantes e podem afetar consideravelmente a qualidade de vida da mulher e, dentre os principais, encontram-se os vasomotores, os distúrbios do sono, a depressão e a secura vaginal (WOODS & MITCHELL, 2005).

O fogacho é o principal sintoma vasomotor - considerado um marcador da menopausa - experimentado por 75% das mulheres e é definido como ondas de calor e suor em região de tronco e cabeça de instalação abrupta. Estabelecido como a principal queixa das pacientes por sua forma aleatória de se estabelecer durante a noite ou dia (WOODS & MITCHELL, 2005; MONTELEONE *et al.*, 2018). É importante ressaltar que fogachos noturnos trazem considerável perda da qualidade do sono e são relatados como a causa da falta de sensação de descanso pela manhã (KRAVITZ *et al.*, 2015).

A fisiologia do fogacho ainda não é totalmente elucidada, mas provavelmente representa uma interação complexa entre os sistemas fisiológicos, tanto centrais, quanto periféricos (THURSTON, 2018). No enfoque central, acredita-se que a termorregulação – um sistema neuroendócrino e autônomo que visa manter a temperatura homeostática no corpo – possui uma zona neutra termorreguladora, que controla pequenas oscilações de temperatura. Em mulheres com fogacho, o sistema termorregulador é instável e, pequenas variações na temperatura corporal provocam uma resposta exagerada de suor ou tremores, inexistindo essa zona neutra. O motivo de ocorrência dessa interrupção termorreguladora não está totalmente estabelecido, embora tenha sido associada a alterações periféricas, como a redução do estradiol, o aumento do FSH e outros compostos neuroquímicos, a exemplo da norepinefrina, da serotonina, do peptídeo relacionado ao gene da calcitonina e da glicose (ROSSMANITH & RUEBBERDT, 2009, THURSTON, 2018).

Noites mal dormidas afetam diretamente o bem-estar das mulheres na menopausa e, podem estar diretamente relacionados a ansiedade, depressão e fogachos (FREEDMAN & ROEHR, 2007). Os distúrbios do sono são a principal razão pela qual mulheres com fogachos noturnos procuram auxílio médico (WILLIAMS *et al.*, 2007). Por muito tempo existiu um paradoxo no meio científico acerca da relação dos fogachos com a qualidade do sono. Acreditava-se ser apenas um distúrbio subjetivo e que não afetaria de fato o ciclo do sono. Entretanto, um estudo de Joffe *et al.* (2013) usando tanto a polissonografia (para medir a qualidade do sono objetivamente), quanto diários de monitoramentos (subjetivo) comprovou que os sintomas vasomotores noturnos fragmentam o sono, diminuindo sua eficácia, dessa forma, validando a experiência relatada por mulheres em transição da menopausa (JOFFE *et al.*, 2013).

Estudos transversais têm mostrado que 70% das mulheres confirmam ter sintomas depressivos durante a transição da menopausa; enquanto esse valor é de 30% nas mulheres na pré-menopausa (BROMBERGER *et al.*, 2015; FREEMAN *et al.*, 2006). Esse fato pode estar relacionado aos efeitos mediadores do estrogênio na neurotransmissão da serotonina (5-HT) e da noradrenalina (NE) que contribuem para o desenvolvimento de sintomas depressivos em mulheres (LOKUGE *et al.*, 2011). No cérebro há vasta presença e distribuição de receptores de estrogênio em

áreas conhecidas por estarem envolvidas no humor e na regulação cognitiva, por exemplo, córtex pré-frontal e hipocampo. Neste sentido, acredita-se que o estrogênio possa exercer efeito mediador e talvez terapêutico no humor (DEECHER *et al.*, 2008; YONKERS *et al.*, 2008).

Outro sintoma responsável pela diminuição da qualidade de vida das mulheres na transição da menopausa e na pós menopausa é a atrofia vaginal, relatada por “secura vaginal”. Esses sintomas são geralmente progressivos e estão relacionados ao hipoestrogenismo. Isso porque o tecido epitelial que reveste a vagina é estrogênio-dependente e, como esse hormônio diminui ao longo do processo de menopausa e na pós menopausa, desenvolve-se o processo atrofico dessa região. Os sintomas de atrofia vaginal manifestam-se com redução da lubrificação vaginal, prurido genital, dispareunia, além de alterações relacionadas à micção (KINGSBERG *et al.*, 2017; PALACIOS *et al.*, 2017). Estima-se que aproximadamente 50% das mulheres nesse processo sofrem com esses sintomas relacionados à atrofia vaginal. Essas manifestações têm um impacto significativo tanto na espontaneidade sexual e no relacionamento com o parceiro (ambos em torno de 66%), quanto na capacidade de alcançar o prazer durante a relação (75%) (PALACIOS *et al.*, 2017).

A prevalência dos fogachos diurnos ou noturnos, secura vaginal e perturbações do sono aumenta a partir do estágio final de transição da menopausa e persiste após a menopausa. Quase 40% das mulheres são incomodadas por ondas de calor durante a transição da menopausa tardia e nos estágios pós-menopausa. Os problemas do sono parecem aumentar de forma linear ao longo da transição da menopausa e nos estágios pós-menopausa. A secura vaginal torna-se mais prevalente durante a pós-menopausa do que durante os estágios de transição reprodutiva tardia, início e fim da menopausa, como os demais sintomas sexuais. A gravidade desses sintomas aumenta durante o estágio de transição da menopausa tardia e pós-menopausa, mas devido à disponibilidade limitada de dados de acompanhamento, não está claro por quanto tempo os sintomas persistem na pós-menopausa (WOODS & MITCHELL, 2005).

As mulheres atribuem seus sintomas a uma variedade de fatores, incluindo mudanças hormonais, envelhecimento, sobrecarga de papéis, estresse, mudanças na saúde e mudanças emocionais (WOODS & MITCHELL, 2005). Todos esses fatores estabelecem o envelhecimento na mulher como um desafio multidisciplinar no qual se objetiva não só manter a ausência de comorbidades, mas também a qualidade de vida em meio a tantas mudanças fisiológicas no organismo feminino.

Panorama Estatístico Brasileiro

Segundo as Tábuas construídas no âmbito da Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, responsável pelo censo do ano de 1940, a expectativa de vida ao nascer da população desse ano era de 45,5 anos, enquanto, para o sexo feminino, 48,3 anos (Tabela 1). De acordo com o IBGE, nos 20 anos seguintes o Brasil conseguiu reduzir a taxa bruta de mortalidade pela metade (de 20,9 para 9,8 óbitos para cada mil habitantes), impactando consideravelmente a expectativa de vida da população. Nas décadas subsequentes, as campanhas de prevenção de doenças e promoção de saúde foram fundamentais para um crescente dessa estimativa. Avanços na medicina e no desenvolvimento socioeconômico reduziram substancialmente a mortalidade e taxas de morbidade devido a condições infecciosas e, em certa medida, doenças não infecciosas (SUZMAN *et al.*, 2015), contribuindo para a longevidade. Em 2018, a expectativa de vida ao nascer das mulheres foi de 79,9

anos. Assim, entre 1940 e 2018, houve um aumento de 31,6 anos em tempo de vida nesse grupo (Tabela 1).

Tabela 1. Expectativa de Vida ao Nascer no Brasil – 1940 a 2018

Ano	Expectativa de Vida Total	Expectativa de Vida da Mulher
1940	45,5	48,3
1960	52,5	55,5
1980	62,5	65,7
2000	69,8	73,9
2018	76,3	79,9

Fonte: IBGE, 2019.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), enquadra-se como pessoa idosa aqueles indivíduos que possuem 60 anos ou mais. Com base no panorama exposto observa-se que as pessoas, além de envelhecerem mais, estão vivendo por mais tempo. Segundo o último censo do IBGE, 28 milhões de brasileiros estão nessa faixa etária, o que corresponde a 13% da população do país.

Ao retratar o envelhecimento a partir da faixa etária supracitada, podem-se instaurar duas vertentes: indivíduos que não tem ou possuem poucas limitações, mas que não as impedem de ter uma vida social ativa; e indivíduos que possuem condições limitantes, dificultado uma participação social mais efetiva. Neste contexto, um novo conceito é inserido. A OMS retrata o termo “Envelhecimento Ativo” para expressar positivamente esse processo natural, incluindo a percepção e participação social do idoso, aliado às boas condições de saúde e segurança. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE no ano de 2013, aproximadamente 30% das mulheres acima de 60 anos relataram estar inseridas em atividades sociais organizadas (IBGE, 2013).

Neste cenário, o desafio do envelhecimento é manter a melhor qualidade de vida possível. A prática de hábitos de vida saudáveis é essencial para prevenir e/ou reduzir o impacto das comorbidades sobre a qualidade de vida população em geral. A implementação de atividades físicas, a adoção de alimentação saudável, a não utilização de bebidas alcoólicas e não ser tabagista, são fatores que agregam qualidade de vida à pessoa idosa. Esse conjunto de hábitos e comportamentos mencionados é tema da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) que, implementada junto à rede de atenção primária, realiza orientações em prevenção e educação em saúde (BRASIL, 2014).

Uma nova configuração social

Os idosos estão vivendo mais e já são a maioria em muitos países. Todavia, grande parte deles apresentam comorbidades, sejam físicas, mentais, incapacitantes e/ou degenerativas, que os impede de desempenhar todas as atividades de maneira independente. Nesse contexto, tornou-se bastante necessário a figura do cuidador, que tem como função atender ao idoso de forma integral, visando a assistência nas atividades básicas e prevenindo o agravo da senilidade. Esse, além de prestar auxílio e melhorar a qualidade de vida do idoso, também faz o elo entre a família e o sistema de saúde (FALEIROS, 2015; BRASIL, 2008).

O perfil clássico de um cuidador hoje, no Brasil, é uma mulher, acima de 60 anos, sem conhecimento específico na área, que de maneira informal e voluntária, atua como cuidadora de um parente de primeiro grau, seja pai, mãe ou esposo (FALEIROS, 2015). A partir disso, dois polos a caracterizam: o polo da responsabilidade, carinho e zelo pelo seu comum, como forma de retribuir os cuidados que já recebeu no passado por esse idoso; e o polo da obrigação e abdicção de projetos de vida e momentos de lazer, para cuidar de um idoso, agora incapacitado.

Todavia, a sobrecarga de funções pode levar ao adoecimento físico e/ou mental da cuidadora. O estresse, a exaustão e o abandono de si e de suas relações para cuidar do outro são as queixas mais comuns das cuidadoras (FALEIROS, 2015; BRASIL, 2008). Dessa forma, é fundamental que a cuidadora, que na maioria dos casos também é uma pessoa idosa, aja em prol do seu próprio bem-estar. Pois, além de ter a tarefa de cuidar de alguém, também possui seus afazeres individuais; e, assim como o idoso dependente, necessita de políticas de prevenção em saúde.

Algumas medidas que podem ser tomadas e ajudam na saúde física e mental da cuidadora são:

- Contar com a ajuda de outras pessoas – família, amigos e vizinhança – tanto nas tarefas com o idoso, quanto em momentos de conversa que apoiam e incentivam a cuidadora. Quando outras pessoas ajudam, a cuidadora tem um tempo livre para se cuidar ou se distrair;
- A cuidadora deve gerir o seu tempo em prol de reservar alguns momentos do dia para descansar, relaxar, fazer alguma atividade física ou lazer. Dessa forma, cuidará de sua saúde física e mental para estar renovada e com mais energia para cuidar da pessoa que depende dela;
- Participar de grupos de cuidadores, nos quais são fornecidas capacitação e orientações específicas sobre cuidados, doenças e processo de envelhecimento. Estes grupos também promovem atividades de convívio e troca de experiências entre os familiares/cuidadores, diálogos, compreensão de dificuldades, reconhecimento e apoio mútuo, grupos os quais “cuidam de quem cuida”.

Aliado a isso, diversas políticas públicas, algoritmos de rastreio e programas de lazer, objetivam beneficiar os idosos lúcidos, com comorbidades tratáveis e que se possa obter controle. A saúde preventiva que pode beneficiar idosos está baseada em diversos pontos, como:

- Acompanhamento do nutricional, buscando fornecer dietas adequadas, com os macros e micronutrientes necessários e medidas seriadas de peso, massa muscular e massa lipídica. O bom estado nutricional está estritamente relacionado à saúde, prevenindo e/ou mantendo estáveis diversas comorbidades como a hipertensão e o diabetes, ao equilibrar a ingestão de sal, açúcar e carboidratos, respectivamente; bem como ao fornecer um aporte satisfatório de vitaminas e minerais, importantes na prevenção de diversas doenças, a exemplo da osteoporose.
- Exercício físico, quando adaptado para as condições e limitações do idoso, melhora o perfil cardiovascular, respiratório, muscular e endócrino. Dentre as categorias praticadas, destacam-se atividades de flexibilidade e equilíbrio, aeróbicas e de fortalecimento muscular (NELSON *et al*, 2007). O fortalecimento dos músculos age no equilíbrio corporal e na prevenção de quedas e, em suas inúmeras complicações.
- Cessação do tabagismo, reduzindo o risco de síndrome coronariana, diversas neoplasias e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), e por isso, sempre deve ser incentivada

(AU, 2009; EZZATI, 2005). O ato de parar de fumar, independentemente da quantidade de tempo que já fumou ou da idade que parou de fumar, sempre é positivo para a saúde do idoso (GELLERT *et al*, 2012).

- Acompanhamento médico na Unidade Básica de Saúde e/ou ambulatorialmente, no qual é possível identificar precocemente o surgimento de alguma comorbidade e intervir da forma mais eficiente possível.

A saúde preventiva inclui desde imunizações através das vacinas a rastreio dos cânceres mais prevalentes. O rastreio do câncer de mama, por exemplo, é feito através da mamografia bianual para mulheres entre 50-69 anos. O referido exame foi responsável por reduzir significativamente a morbimortalidade feminina no Brasil, pois auxilia no diagnóstico precoce dos carcinomas mamários, assim como beneficia o início rápido de tratamentos menos invasivos (INCA, 2015).

Além disso, como constituintes da rede de apoio social à pessoa idosa, têm-se instituições não-governamentais – a exemplo da Pastoral da Pessoa Idosa, associações comunitárias etc. – que realizam trabalhos específicos com esses grupos no contexto social (BRASIL, 2008). Essas instituições prezam pelo convívio, formação de laços de amizade e coleguismo entre os idosos ao oferecerem atividades como artesanato, danças e matinês, palestras, sessões de cinema, eventos e passeios comemorativos.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo, concluímos que eventos fisiológicos, a exemplo da menopausa, não estão diretamente correlacionados ao entendimento social de envelhecimento da mulher. Novos conceitos acerca de senescência e senilidade se tornaram fundamentais no tratamento individual e particular da mulher idosa. A partir desse panorama, um novo contexto social vem se difundindo, no qual políticas de atenção e prevenção são essenciais na promoção da qualidade de vida nesse grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AU, D.H. *et al.* The effects of smoking cessation on the risk of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Journal Of General Internal Medicine*, p. 457-463, 5 fev. 2009.
- AUSTAD, S.N. Sex differences in health and aging: a dialog between the brain and gonad? *GeroScience*, v. 41, p. 267, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica [Internet]. Brasília, DF: MS; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em 18 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPromocaoSaude.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.
- BROMBERGER, J.T. *et al.* Risk factors for major depression during midlife among a community sample of women with and without prior major depression: are they the same or different? *Psychological Medicine*, v. 45, p. 1653, 2015.
- BURGER, H.G. *et al.* Cycle and hormone changes during perimenopause. *Menopause*, v. 15, p. 603, 2008.
- DEECHER, D. *et al.* From menarche to menopause: exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology*, v. 33, p. 3, 2008.
- EZZATI, M. *et al.* Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation*, v. 112, n. 4, p. 489-497, 2005.
- FALEIROS, Andréia Hias. Os Desafios do Cuidar: revisão bibliográfica, sobrecargas e satisfações do cuidador de idosos. *Janus, Lorena*, v. 21, p. 59-68, 2015.
- FREEDMAN, R.R., & ROEHRS, T.A. Sleep disturbance in menopause. *Menopause*, v. 14, p. 826, 2007.
- FREEMAN, E.W. *et al.* Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 63, p. 375, 2006.
- GELLERT, C. *et al.* Smoking and all-cause mortality in older people. *Archives Of Internal Medicine*, v. 172, n. 11, p. 837-844, 11 jun. 2012.
- HALL, J. Neuroendocrine changes with reproductive aging in women. *Seminars in Reproductive Medicine*, v. 25, p. 344.
- INCA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: MS, 2015. 171 p.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2018, expectativa de vida era de 76,3 anos. Rio de Janeiro. IBGE: 2019. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos#:~:text=Ao%20todo%2C%20a%20expectativa%20de,em%20m%C3%A9dia%2069%2C1%20anos>>. Acesso em: 2 nov. 2020.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde. Rio de Janeiro. IBGE: 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2020.
- JOFFE, H. *et al.* A gonadotropin-releasing hormone agonist model demonstrates that nocturnal hot flashes interrupt objective sleep. *Sleep*, v. 36, p. 1977, 2013
- KRAVITZ, H.M. *et al.* An actigraphy study of sleep and pain in midlife women: the study of women's health across the nation sleep study. *Menopause* v. 22, p. 710, 2015.
- KINGSBERG, S.A. *et al.* The Women's EMPOWER Survey: Identifying Women's Perceptions on Vulvar and Vaginal Atrophy and Its Treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 14, p. 413, 2017.

LOKUG, S. *et al.* Depression in women: windows of vulnerability and new insights into the link between estrogen and serotonin. *Journal Of Clinical Psychiatry*, v. 72, p. 1563, 2011.

MANSON, J.E. & KAUNITZ, A.M. Menopause management--getting clinical care back on track. *New England Journal of Medicine*, v. 374 p. 803, 2016

MONTELEONE, P. *et al.* Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, v. 14, p. 199, 2018.

NELSON, M.E. *et al.* Physical activity and public health in older adults. *Medicine & Science In Sports & Exercise*, v. 39, n. 8, p. 1435-1445, ago. 2007.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Rio de Janeiro: OMS; 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 2 nov. 2020.

PALACIOS, S. *et al.* Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish revive participants: symptoms, management and treatment perceptions. *Climacteric*, v. 20, p. 55, 2017.

ROSSMANITH, W.G. & RUEBBERDT W. What causes hot flashes? The neuroendocrine origin of vasomotor symptoms in the menopause. *Gynecological Endocrinology*, v. 25, p. 303, 2009.

SIOBÁN, D. *et al.* Executive summary of the stages of reproductive aging workshop + 10: Addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 97, p. 1159, 2012.

SUZMAN, R. *et al.* Health in an ageing world--what do we know? *The Lancet*, v. 385, p. 484, 2015.

THURSTON, R.C. Vasomotor symptoms: natural history, physiology, and links with cardiovascular health. *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*, v. 21, p. 96, 2018.

VB HJELMBORG, *et al.* Genetic influence on human lifespan and longevity. *Hum Genet.*, v. 119, p. 312-321, 2006.

WILLIAMS, R.E. *et al.* Healthcare seeking and treatment for menopausal symptoms in the United States. *Maturitas*, v. 58, p. 348, 2007.

WOODS, N.F. & MITCHELL, E.S. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American Journal of Medicine*, v. 118, p. 14, 2005.

YONKERS, K.A. *et al.* Premenstrual syndrome. *Lancet*, v. 371, p. 1200, 2008

62

AMAMENTAÇÃO E A INFLUÊNCIA NA SEXUALIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

FILIAÇÃO

1 Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal da Bahia.

2 Doutora. Docente pela Universidade Federal da Bahia.

3 Pós-Doutora. Docente pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

AUTORES

KATIA COLAVOLPE BARBOSA¹

LUCAS VINÍCIUS BULHÕES RIBEIRO¹

MARIZA SILVA ALMEIDA²

MARIZETE ARGOLO TEIXEIRA³

TELMARA MENEZES COUTO²

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Sexualidade; Período pós-Parto.

INTRODUÇÃO

O puerpério constitui um período imprescindível para Enfermagem dedicar seus cuidados à mulher/casal e família. As preocupações maternas neste momento refletem não só as necessidades das mães no período de transição para o pós-parto, mas também as alterações ao assumir novos papéis e na redefinição/reorganização das responsabilidades no seio da díade parental/familiar (CAETANO *et al.*, 2018).

Frequentemente neste período, todas as atenções estão voltadas para a criança, esquecendo que as mulheres estão vivenciando transformações hormonais, corporais, emocionais e sociais, além da necessidade de adaptação a nova experiência, o que pode representar assim um obstáculo para a vivência da sua sexualidade e/ou amamentação, ambas permeadas por emoções e sentimentos (MARTINS & VARGENS, 2014).

As alterações nos padrões de sexualidade podem ocorrer tanto na gestação quanto no puerpério ocasionando uma desarmonia no relacionamento conjugal. Isto pode ser atribuído a mudanças hormonais significativas, intercorrências vaginais, cansaço, esgotamento físico, privação de sono, problemas emocionais, cuidados com recém-nascido/a (RN), mudanças físicas próprias do pós-parto e ao ato de amamentar (BELENTANI *et al.*, 2014).

Neste sentido, estudos apontam que a estética e a dualidade com relação às mamas podem influenciar diretamente na amamentação, pois a sexualização e estigmatização das mamas podem interferir na possibilidade de a mulher amamentar em público. Desse modo, constituem aspectos relevantes que influenciam na decisão de algumas mulheres de amamentar ou não (JUNGES *et al.*, 2010; KALIL & AGUIAR, 2017).

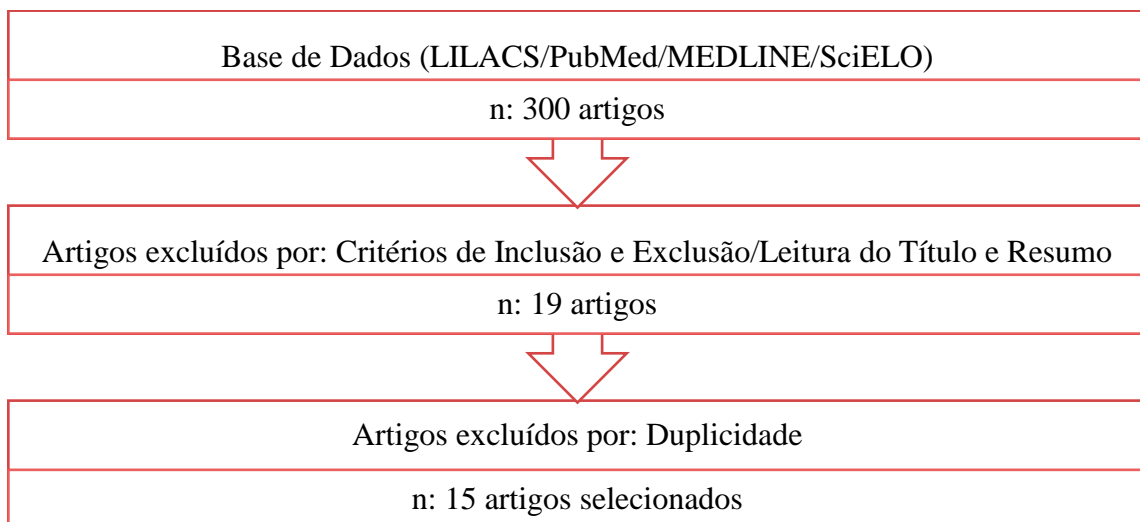
É importante destacar que a realização deste estudo se deve ao fato de a interface amamentação-sexualidade ser pouco discutida e explorada no meio acadêmico e entre os/as

profissionais. Vale ainda mencionar que a sexualidade durante o período da amamentação também é temática excluída dos discursos de orientação do aleitamento materno. Estes quando acontecem, na maioria das vezes limitados, prescritivos e voltados para os benefícios da amamentação para o/a RN, mãe e sociedade, ignorando as necessidades e interesses individuais de informação, orientação e apoio à mulher com vistas a sexualidade e aleitamento materno, possibilitando seu alcance com mais confiança e tranquilidade. Sendo assim, este estudo tem o objetivo de analisar as interferências na sexualidade durante a amamentação no período puerperal, através de revisão integrativa de literatura.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de natureza descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. A informação foi constituída por 15 artigos oriundos das bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Public Medline* (PubMed). Para tanto, foram utilizados os seguintes descritores: amamentação *and* sexualidade; aleitamento materno *and* sexualidade (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma dos artigos selecionados oriundos das bases de informações



Os artigos encontrados receberam uma codificação com a letra M e o número, por exemplo, M1, M2, M3 e demais em ordem crescente. Quanto aos critérios de inclusão para seleção dos trabalhos, destacam-se: artigos de pesquisa original e completo; publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, ser estudo qualitativo, quantitativo ou quanti-qualitativo que aborde amamentação e sexualidade entre 2009-2019. Foram excluídos os artigos que não responderam à pergunta de pesquisa.

Obedecemos à lei de direitos autorais de nº 9.610/98 que, a respeito da reprodução estabelece que a citação de passagens de qualquer obra, para fins de estudo, seja ela, crítica ou polêmica, na medida justificada para o fim a atingir, deve utilizar o nome do autor e a origem da obra (BRASIL, 1998).

Concomitante a realização da coleta de dados, foi iniciado o processo de organização e posterior análise, sendo utilizada a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (BARDIN, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das informações

Ao caracterizar os artigos incluídos neste estudo, 66,6% dos artigos eram publicações no idioma inglês, 20% português e 13,3% espanhol. Quanto aos anos de publicação, destacaram-se os anos de 2019 e 2013, com três publicações cada.

Entre os estudos catalogados verificamos uma maior preocupação com a temática amamentação e sexualidade pela Enfermagem (oito publicações), seguida por Medicina (cinco publicações) e profissionais de outras áreas, estes em menor quantidade.

A síntese da natureza dos estudos detalhada no Quadro 1, demonstra em sua maioria, a natureza quantitativa.

Quadro 1. Síntese da natureza do estudo

Qualitativo	Nº	Quantitativo	Nº
Descritivo	2	Estudo Analítico Transversal	1
Exploratória e Descritiva	2	Transversal	3
Pesquisa Documental, Exploratória	1	Estudo Analítico, Longitudinal e Prospectivo.	1
		Estudo Analítico, Transversal e Correlacional	1
		Estudo de Coorte Longitudinal	1
		Estudo Causal e Comparativo	1
		Descritivo	2

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

O Quadro 2 contém a relação de periódicos que compõem a amostra do estudo, destacando a identificação dos artigos, os autores, objetivos e ano de publicação.

Quadro 2. Relação de periódicos selecionados

Id.	TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO DO ESTUDO	ANO DE PUBLICAÇÃO
<i>M1</i>	What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study	FUENTEALBA-TORRES <i>et al.</i>	Determinar a prevalência e os fatores associados à disfunção sexual em mulheres que amamentam	2019a
<i>M2</i>	Determinants of Female Sexual Function in Breastfeeding Women	FUENTEALBA-TORRES <i>et al.</i>	Identificar os determinantes da pontuação média no <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI).	2019b
<i>M3</i>	Sexualidade e amamentação: dilemas da mulher/mãe	MARQUES & LEMOS.	Descrever a influência do aleitamento materno na sexualidade	2010

			das mulheres; analisar as dificuldades das mulheres em conciliar o aleitamento materno e a sexualidade; e discutir a questão da sexualidade e amamentação sob a perspectiva da prática profissional do enfermeiro.	
M4	Amamentação e sexualidade: uma interface na vivência do puerpério	PISSOLATO <i>et al.</i>	Compreender a influência do aleitamento materno na experiência da sexualidade na perspectiva de um grupo de mães.	2016
M5	Sexualidade e amamentação: concepções e abordagens de profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde	FLORENCIO <i>et al.</i>	Conhecer as concepções sobre a sexualidade de profissionais de enfermagem que atuam na atenção primária em saúde e identificar como essa temática integra as práticas assistenciais desses profissionais a mulheres nutrizes.	2012
M6	Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes	GONZÁLEZ <i>et al.</i>	Identificar as diferenças de sexualidade de mulheres primíparas com amamentação em relação as que não amamentam.	2010
M7	Función sexual femenina durante el período posparto	CHAPARRO <i>et al.</i>	Analisar variáveis biopsicossociais associadas a função sexual feminina no período pós-parto.	2013
M8	The influence of breastfeeding beliefs on the sexual behavior of the Tarok in north-central Nigeria	ORISAREMI.	Investigar algumas das crenças em torno da norma de amamentação e abstinência pós-parto e como elas influenciam o comportamento sexual	2013
M9	Sexual Functioning and Commitment to Their Current Relationship among Breastfeeding and Regularly Cycling Women in Manila, Philippines	ESCASA-DORNE.	Investigar a relação entre a lactação e funcionamento sexual feminino e o compromisso de relacionamento entre mulheres	2015
M10	The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function	MATTHIES <i>et al.</i>	Examinar prospectivamente a influência de variáveis na função sexual quatro meses após o parto	2018
M11	Amamentação em foco: o que é publicado nas revistas femininas no Brasil?	SILVA <i>et al.</i>	Analisar os conteúdos sobre aleitamento materno veiculados por revistas femininas de circulação nacional.	2018
M12	Sexual Function in Breastfeeding Women in Family Health Centers of Tabriz, Iran, 2012	MALAKOTI <i>et al.</i>	Determinar a função sexual de mulheres que amamentam 3 a 6 meses após o parto.	2013
M13	Postpartum sexual function in women and infant feeding methods	ANBARAN <i>et al.</i>	Avaliar a função sexual pós-parto em mães utilizando diferentes métodos de alimentação infantil	2015
M14	What happens to sexuality of women during lactation period? A study from Iran	HEIDARI <i>et al.</i>	Comparar a associação de atividade sexual e mulheres que amamentam dentro de dois a seis meses após o nascimento da criança.	2009

M15	Breastfeeding and sexual activity and sexual quality in postpartum women	ALP <i>et al.</i>	Determinar o efeito do aleitamento materno na atividade sexual e na qualidade sexual em puérperas.	2019
------------	--	----------------------	--	------

Da análise dos 15 artigos selecionados, apreendemos a categoria “Amamentação: avaliação da atuação sexual no pós-parto”. Esta encontra-se ancorada nas subcategorias: Disfunção sexual em mulheres; Alterações na imagem corporal vs. interesse sexual; O interesse sexual sob a ótica das lactantes; A visão dos/as profissionais de saúde sobre atuação sexual durante a amamentação.

Amamentação: avaliação da atuação sexual no pós-parto

A interface amamentação e sexualidade torna-se perceptível na vivência da maternidade, pois nesse período ocorrem alterações na sexualidade, tendo como motivo alterações corporais, função nutritiva das mamas, a nova condição de ser mãe/nutriz e mulher/esposa (ABUCHAIM & SILVA, 2006).

A relação entre aleitamento materno e a sexualidade é temática excluída no contexto da amamentação. Isto se origina da relação entre amamentação e o corpo da mulher/mãe e do bebê, considerando que a amamentação proporciona a mulher sensações prazerosas de natureza sexual devido ao reflexo fisiológico gerado pela sucção da mama pela criança (KALIL & AGUIAR, 2017).

Entretanto, é válido mencionar que o processo de amamentar não é a causa da desorganização na identidade sexual do casal, porém, este conflito se agudiza no período puerperal por causa das mamas produzirem o leite materno e constituir uma das principais zonas erógenas femininas incluída ativamente nos jogos eróticos de um casal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

O dualismo entre mama maternal e mama erótica modifica a vida sexual dos casais durante o período da amamentação, pois alguns homens neste período apresentam rejeição às mamas, afirmando que estas pertencem ao/a RN ou encaram esta fase como um período de competição com seu/sua/filho/a. Sendo assim, instala-se o tabu do seio materno, na qual o homem não toca ou vê as mamas como órgão sexual, limitando a visão apenas a um órgão nutritivo, durante a amamentação. Consequentemente, esta situação por um lado pode ocasionar descontentamento e desinteresse do casal até afetar a continuidade do ato de amamentar (KALIL & AGUIAR, 2017; SANDRE-PEREIRA, 2017; FERNANDES *et al.*, 2010; SANDRE-PEREIRA, 2003).

Sob outra perspectiva, no período puerperal ocorre a divisão simbólica do corpo feminino, caracterizada como uma divisão horizontalizada, em que a metade inferior é reservada a função sexual e a metade superior à função alimentar. Alterações hormonais como a diminuição das taxas de estrogênio e progesterona e o aumento das taxas de prolactina são alterações comuns ao período puerperal, que favorecem a produção de leite materno e reduzem a lubrificação vaginal e a receptividade sexual (KALIL & AGUIAR, 2017; SILVA *et al.*, 2018; FERNANDES *et al.*, 2010; SANDRE-PEREIRA, 2003).

Em estudo sobre as representações de casais da vivência da sexualidade durante a amamentação, os homens enfatizaram que, durante este período, não tiveram contato direto com a esposa ou companheira e as relações sexuais tornaram-se menos frequentes e recatadas devido ao parto cesáreo, liberação de líquidos pela mama lactante e aos cuidados dispensados ao/à RN. Do mesmo modo, as mulheres referiram vergonha de expor as mamas para o companheiro devido aumento de tamanho e vazamento de leite no intercurso sexual (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Diante do exposto anteriormente, é importante ressaltar que a falta de espaço para a sexualidade do casal durante o período puerperal pode desencadear conflitos psíquicos e relacionais. Destarte, a maioria dos casais não percebe que brigas, incômodos e dificuldades na dinâmica familiar e com a criança pode ser reflexo de questões relacionadas a sexualidade, tendo raiz no inconsciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Disfunção sexual em mulheres

No Brasil, verifica-se que a prevalência e os fatores associados a disfunção sexual em mulheres que amamentam não tem sido estudado (FUENTEALBA-TORRES *et al.*, 2019a).

Foram encontradas associações com alguns fatores que podem ter importância na vivência da sexualidade da mulher, entre eles a doença neurológica, endócrina ou vascular, a cirurgia genital, o abuso sexual, o nível educacional e socioeconômico, depressão, ansiedade, má relação com o parceiro, cancro, infertilidade, anticoncepcionais orais, antidepressivos, a menopausa e a amamentação (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Além destes, outros fatores estão associados a disfunção sexual, como a religião (católica ou evangélica), jornada de trabalho (> 8 horas/diárias), história prévia de disfunção e tipo de parto. A influência da religião reflete o culto da mulher/mãe imaculada e submissa que se dedica integralmente a seu filho, não devendo vivenciar os prazeres advindos da atividade sexual. Para mais, o desempenho de múltiplas funções no período puerperal interfere na disposição e condições físicas e/ou emocionais para o exercício satisfatório de sua sexualidade (LIMA *et al.*, 2014).

Neste contexto, o resultado do estudo sobre a influência da qualidade da parceria e amamentação no desempenho sexual nos quatro meses após o parto demonstrou que as mulheres que amamentam com baixa qualidade da parceria apresentaram maior probabilidade de problemas na atuação sexual, tendo efeito negativo nos seguintes domínios: "desejo", "excitação", "satisfação", "lubrificação" e "dor" (MATTHIES *et al.*, 2018). No que concerne a percepção da qualidade de vida entre mulheres que amamentam, esta pode ser diminuída devido à sobrecarga física e emocional, fadiga, irritabilidade e alterações no corpo, especialmente durante os primeiros seis meses de amamentação (FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019b).

Sendo assim, é essencial avaliar cuidadosamente durante a consulta pré-natal e puerperal os determinantes que podem interferir na dinâmica/atuação sexual, como renda per capita, fatores fisiológicos, fatores emocionais, qualidade de vida, amamentação, nível de importância dada a atividade sexual, qualidade da parceria e a comunicação do casal (FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019a; FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019b, CHAPARRO *et al.*, 2013; MATTHIES *et al.*, 2018; HEIDARI *et al.*, 2009).

É importante mencionar ainda que o aconselhamento em saúde sexual constitui um fator primordial para melhoria do desempenho sexual entre as lactantes. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde promovam uma abordagem positiva da sexualidade por meio do estabelecimento de um ambiente acolhedor, onde as mulheres sejam encorajadas a falar sobre suas preocupações sexuais, informadas quanto as mudanças fisiológicas ocorridas que podem refletir na sexualidade, durante o aconselhamento pré-natal (FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019a; FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019b, CHAPARRO *et al.*, 2013; MATTHIES *et al.*, 2018; HEIDARI *et al.*, 2009).

Alterações na imagem corporal vs. interesse sexual

Os estudos retratam que as modificações corporais ocasionadas pelo ciclo gravídico-puerperal interferem na atividade sexual dificultando a harmonização na vida íntima do casal. As questões relacionadas aos padrões estéticos de beleza surgiram a partir da insatisfação das mulheres com as alterações físicas após o parto (FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019a; FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019b; HEIDARI *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2018; PISSOLATO *et al.*, 2016).

As transformações corporais que ocorrem durante a gravidez e o puerpério alteram a imagem corporal da mulher, tendo sua autoestima, autoimagem, sexualidade e relacionamento com o parceiro afetados. As puérperas manifestam dificuldades no restabelecimento de sua libido e na vivência de sua sexualidade, o que possivelmente contribuía para que vivenciasse este período de forma solitária, já que elas são mais valorizadas como mães e nutrizes e pouco como mulheres (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Portanto, é necessário orientar a puérpera e seu parceiro/a quanto as modificações corporais no ciclo gravídico-puerperal e sobre o que ocorre devido à ação da ocitocina que está presente não só no ato sexual, mas também, é responsável pela ejeção do leite. Na tentativa de evitar situações desconfortáveis e/ou constrangedoras durante a relação sexual, pode-se orientar as seguintes medidas: antecipar amamentação da criança e utilização de utensílios para amamentação durante a relação sexual, por exemplo, sutiã e protetores (MARQUES & LEMOS, 2010).

O interesse sexual sob a ótica das lactantes

As pesquisas abordam que a amamentação interfere no funcionamento sexual devido não só à elevação dos níveis de prolactina e ocitocina, mas também, mudanças nos níveis de estrogênio, progesterona, estradiol, testosterona, hormônio estimulante do folículo e hormônio luteinizante. Conseqüentemente, ocorre diminuição na lubrificação vaginal, problemas de excitação, diminuição do desejo/interesse sexual e dispareunia (FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019a; FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019b; CHAPARRO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2018; MATTHIES *et al.*, 2018).

Os resultados apresentados apontam que a maternidade altera a lubrificação vaginal (secura vaginal) e desejo/interesse sexual. Baixos escores para o domínio da lubrificação vaginal são explicados fisiologicamente pelos altos níveis de prolactina durante a amamentação, redução dos níveis de estrogênio e progesterona, elevação do pH vaginal e alterações atróficas na mucosa vaginal contribuem para redução do nível lubrificação vaginal e, conseqüente, dispareunia. As alterações hormonais entre as mulheres que amamentam também afetam a excitação, orgasmo e libido (FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019a; ESCASA-DORNE, 2015; MATTHIES *et al.*, 2018; ANBARAN *et al.*, 2015; HEIDARI *et al.*, 2009).

A alteração no desejo/interesse sexual também pode ser influenciada pela fadiga/fraqueza devido sono noturno interrompido, demandas de puericultura e necessidade de realizar a amamentação com frequência especialmente nos primeiros seis meses após o parto; transferência de interesse e atenção para a criança, diminuição da intimidade do casal, divisão do cômodo da casa entre o RN e o casal, tempo restrito entre a puérpera e o companheiro em função da amamentação, medo de uma nova gestação, presença do/a RN no quarto do casal e dificuldade de adaptação ou de conciliação ao novo papel no período puerperal (FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019a; MALAKOTI *et al.* 2013; MATTHIES *et al.*, 2018; ANBARAN *et al.*, 2015; HEIDARI *et al.*, 2009). Ademais, a falta de desejo sexual pode comprometer uma relação na medida em que o parceiro se

sente deixado de lado, ou pior, suspeita de não estar mais sendo amado, que foi trocado pelo filho/a RN, despertando sentimento de traição (PAULETA *et al.*, 2010).

Crenças enraizadas em práticas sociais e culturais em torno da relação entre amamentação, gênero e sexualidade contribuem para enfraquecer a intimidade entre as mulheres que amamentam e seus cônjuges. Está enraizado em comunidades tradicionais da África, de que o sêmen do homem se mistura com o leite materno, tornando-o prejudicial para criança. Assim, as mulheres que amamentavam realizavam abstenção de relações sexuais, porém, seus parceiros ficavam livres para terem relações sexuais com outras mulheres (ORISAREMI, 2013).

Desse modo, pode-se afirmar que os determinantes da amamentação são multifatoriais e que os achados presentes nos estudos revelam a influência da amamentação na vivência da sexualidade, principalmente no que se refere ao comportamento negativo do companheiro em relação ao processo de lactação. Nesse sentido, estudos recomendam que durante a entrevista clínica no pré-natal e puerpério é fundamental indagar sobre a comunicação do casal e orientar em tempo hábil a busca por ajuda especializada para solução deste problema (FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019a; FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019b; MARQUES & LEMOS, 2010; PISSOLATO *et al.*, 2016).

Por fim, concluem que, para evitar a ocorrência de problemas no desempenho sexual das mulheres que amamentam, é primordial a realização do aconselhamento em saúde sexual, identificação de fatores biopsicossociais que podem provocar o surgimento de problemas sexuais, monitorar os problemas sexuais durante a amamentação, instruir as mulheres quanto a prevenção da redução da lubrificação vaginal e uso de lubrificantes vaginais, oferecer apoio a mulher e seu parceiro para manutenção da amamentação bem-sucedida e relação sexual desejável, incluindo o parceiro sexual nas intervenções clínicas para enfrentar possíveis mudanças na resposta sexual feminina durante a amamentação, complementada com escuta atenta e qualificada, tendo por base uma compreensão integralizada da mulher durante a gestação e puerpério (FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019a; FUENTEALBA-TORRES, *et al.*, 2019b; HEIDARI *et al.*, 2009).

A visão dos/as profissionais de saúde sobre atuação sexual durante a amamentação

Para os profissionais de enfermagem o ato de amamentar é expressão do amor da mãe para o/a filho/a, carinho, conhecimento, toque e vários outros aspectos que caracterizam a sexualidade (FLORENCIO *et al.*, 2012). Em contrapartida, a associação entre amamentação e sexualidade encontra-se desvinculada de manifestações relativas ao interesse sexual. As mamas são referidas como área exclusiva para o/a RN e atribuem a estes órgãos apenas a função de amamentar (FLORENCIO *et al.*, 2012).

Por outro lado, há um desinteresse dos/as profissionais de enfermagem por esse objeto, só abordando a temática sexualidade quando são questionados/as ou solicitados/as. Isto contribui para que as práticas de saúde estejam centradas no binômio mãe/RN e limitadas aos cuidados com o corpo, especificamente, as mamas por meio de orientações que objetivam o sucesso do aleitamento materno (FLORENCIO *et al.*, 2012).

Ampliando essa discussão, estudiosos/as referem que o desempenho sexual durante a gravidez e após o parto é uma preocupação que envolve não somente a mulher, mas o casal, reforçando a necessidade de acolhimento e esclarecimentos pelos/as profissionais de saúde acerca das modificações da função e do interesse sexual ocorridos no puerpério (LIMA *et al.*, 2014).

Diante do exposto, é necessária a criação de espaços de escuta, diálogo e troca de saberes, buscando abordar a amamentação em suas diferentes interfaces. Também é preciso que esse conteúdo integre os currículos de formação de enfermeiros/as, sendo ampliada para a prática profissional por meio da educação permanente (FLORENCIO *et al.*, 2012).

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que são poucas as publicações que abordam a interface amamentação e sexualidade (5%), sendo que grande parte dos estudos foram desenvolvidos em âmbito internacional. Por conseguinte, os achados do estudo refletem também o dualismo entre mama maternal e mama erótica, entendido pela inconciliação entre a mama como objeto de desejo e zona de prazer feminino durante a relação sexual e a mama lactante destinada a nutrição do/a RN.

A avaliação da atuação sexual das mulheres em amamentação demonstrou que o desejo sexual foi a área mais afetada, associada consecutivamente a queixas de dor, dificuldade de ter lubrificação, de sentir excitação e alcançar orgasmo e satisfação.

O olhar minucioso sobre os resultados dessa revisão aponta para a educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal como ferramenta essencial para minimizar os impactos da amamentação na sexualidade mediante aconselhamento pré e pós-parto à mulher e a seu companheiro, incluindo vivências e sentimentos experienciados pelo casal nessa fase.

Por fim, a partir dos resultados encontrados, verifica-se que existe uma lacuna nas pesquisas a respeito do tema, com reduzida publicação nacional e na sua maioria realizadas com casais heterossexuais. Respeitando a diversidade sexual sugerimos ampliação da abordagem de modo a contemplar casais homoafetivos na interface entre amamentação-sexualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABUCHAIM, E.S.V. & SILVA, I.A. Vivenciando la lactancia y la sexualidad en la maternidad: dividiéndose entre ser madre y mujer. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 5, p. 220, 2006.
- ALP, Y.F. *et al.* Breastfeeding and sexual activity and sexual quality in postpartum women. *Breastfeeding Medicine*, v. 14, p. 587, 2019.
- ANBARAN, Z.K. *et al.* Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. *Journal of Pakistan Medical Association*, v. 65, p. 248, 2015.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BELENTANI, L.M. *et al.* Sexualidade de puérperas com bebês de risco. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, p. 107, 2011.
- BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.dou.gov.br/materias/do1/do1legleg19980220180939_001.htm>. Acesso em: 24 jul. 2019.
- CAETANO, A.B.J.R. *et al.* Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, v. IV, p. 149, 2018.
- CHAPARRO, M.G. *et al.* Función sexual femenina durante el período pós-parto. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, v. 73, p. 181, 2013.
- ESCASA-DORNE, M.J. Sexual functioning and commitment to their current relationship among breastfeeding and regularly cycling women in Manila, Philippines. *Hum Nat*, 2015.
- FERNANDES, C. *et al.* Sexualidade e amamentação: que implicações para o casal? *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, n.º 11, 2010.
- FLORENCIO, A. *et al.* Sexualidade e amamentação: concepções e abordagens de profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, 46 (6), p. 1320-1326, 2012.
- FUENTEALBA-TORRES, M. *et al.* What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. *BMJ Open*, 9: e 025833, 2019a.
- FUENTEALBA-TORRES, M. *et al.* Determinants of Female Sexual Function in Breastfeeding Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, March, 2019b.
- GONZÁLEZ, M.O. *et al.* Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. *Matronas Prof*, 11 (2), p. 45-52, 2010.
- HEIDARI, M. *et al.* What happens to sexuality of women during lactation period? A study from Iran. *Pak J Med Sci*, 25 (6), p. 938-943, 2009.
- JUNGES, C.F. *et al.* Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. *Rev. Gaúcha Enferm*, vol. 31, n. 2, p. 343-350, 2010.
- KALIL, I.R. & AGUIAR, A.C. Silêncios nos discursos pró-aleitamento materno: uma análise na perspectiva de gênero. *Revista Estudos Feministas*, 25(2), p. 637-660, 2017.
- LIMA, H.J.B. *et al.* Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta paul. enferm.* vol.27, n. 6, p. 573-578, 2014.
- MALAKOTI, J. *et al.* Sexual Function in Breastfeeding Women in Family Health Centers of Tabriz, Iran, 2012. *Journal of Caring Sciences*, 2 (2), p. 141-146, 2013.
- MARQUES, D.M. & LEMOS, A. Sexualidade e amamentação: dilemas da mulher/mãe. *Revista de Enfermagem UFPE*, 4(1), p. 622-630, 2010.
- MARTINS, E.L. & VARGENS, O.M.C. Percepções de mulheres a respeito da sexualidade durante a amamentação: uma revisão integrativa. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 22 (2), p. 271-7, 2014.
- MATTHIES, L.M. *et al.* The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2018.

- ORISAREMI, T.C. The influence of breastfeeding beliefs on the sexual behavior of the Tarok in north-central Nigeria. *Sexual e Reproductive Healthcare*, 4, p. 153-160, 2013.
- PAULETA, J.R. *et al.* Sexuality during pregnancy. *J Sex Med*, p. 136-42, 2010.
- PISSOLATO, L.K.B.P. *et al.* Amamentação e sexualidade: uma interface na vivência do puerpério. *Rev Fund Care*, 8 (3), p. 4674-4680, 2016.
- RIBEIRO, B. *et al.* Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam.* v.29, n.1, p.16-24, 2013.
- RIBEIRO, D.H.F. *et al.* Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas. *Rev enferm UFPE.*, 8 (4), p. 820-6, 2014.
- Sandre-Pereira G. Seio de mulher, seio de mãe: sexualidade e aleitamento materno. In: Lima CF, Reis A, Demétrio F. *Sexualidade e saúde: Perspectiva para um cuidado ampliado*, Rio de Janeiro (RJ): Bonecker Editora; p. 205 – 228, 2017.
- SANDRE-PEREIRA, G. Amamentação e sexualidade. *Estudos Feministas*, v. 11, n. 2, p. 467-491, 2003.
- SILVA, M.N. *et al.* Amamentação em foco: o que é publicado nas revistas femininas no Brasil? *REME – Rev Min Enferm*, 22, p. 1113, 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Amamentação e Sexualidade, n.7, 2018. Disponível em: <http://abpblh.org.br/not_documentos/Amamentacao_e_Sexualidade.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.
- Teixeira MA *et al.* Representações de casais sobre a vivencia da sexualidade durante a amamentação. In: Moreira RM, Rocha JCCC, Servo MLS (orgs.). *Representações sociais e seus diversos olhares*, Curitiba: CRV, v. 1, p. 71-83, 2018.

63

CORRIMENTO VAGINAL: INFECÇÕES E CERVICITE

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, Trindade, GO.

AUTORES

LUCIANA AMARAL GARCIA¹

Palavras-chave: Infecções Endógenas; Cervicite; Corrimento Vaginal.

INTRODUÇÃO

O corrimento vaginal é uma queixa comum na idade reprodutiva, sendo ele uma das principais manifestações clínicas das infecções do trato reprodutivo (ITR), incluindo as infecções sexualmente transmissíveis (IST). As IST estão em alta no Brasil, devido a diminuição do uso de camisinha entre os jovens, que deveria ser utilizada em todas as relações sexuais. As infecções do trato reprodutivo (ITR) são divididas em infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana); infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto); e IST (tricomoníase, infecção por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*). Este artigo aborda os aspectos específicos dos principais agentes etiológicos de corrimentos vaginais e cervicites. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades (BRASIL, 2020).

As causas mais comuns de corrimento vaginal patológico são a vulvovaginite e a vaginose, elas são afecções do epitélio estratificado da região da vulva e/ou vagina, dos quais os fungos, principalmente a *Candida albicans*; bactérias anaeróbicas, em especial a *Gardnerella vaginalis*; e o protozoário *Trichomonas vaginalis*, são os agentes etiológicos mais comuns (BRASIL, 2020).

Ao investigar a história clínica, se deve ser muito metucioso, pesquisando a respeito de práticas sexuais, data da última menstruação, hábitos de higiene, uso de medicamentos, agentes irritantes locais, presença de prurido, irritação local e características do corrimento como, consistência, cor e odor. Além disso, ao longo do exame físico, o profissional deve se atentar não só ao corrimento, mas se tem a existência de ulcerações e/ou eritema (BRASIL, 2020).

O objetivo deste estudo foi discutir com base na literatura os dados clínicos a respeito das causas de corrimento vaginal, seu diagnóstico, prevenção e tratamento.

MÉTODO

Revisão narrativa da literatura realizada no site do Ministério da Saúde em outubro de 2020. Foram incluídos manuais do Ministério da Saúde que abordassem o tema sinais, sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento de corrimento vaginal e cervicite.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Candidíase Vulvovaginal

A Candidíase Vulvovaginal (CVV), é uma infecção da vulva e vagina, provocada por um fungo comensal que reside na mucosa digestiva e vaginal. Seu meio de transmissão principal não é a relação sexual, pois como ele faz parte da flora endógena, esse fungo cresce quando o meio se torna propício ao seu desenvolvimento, resultando assim na aparição da infecção. Seu principal agente etiológico é o *Candida albicans*, presente em cerca de 80% a 92% dos casos, e 10 a 20% por outras espécies não albicans (*C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*) e *Saccharomyces cerevisiae*. Ao longo da vida reprodutiva cerca de 10 a 20% das mulheres terão candidíase de forma assintomática (BRASIL, 2015).

A CVV pode ser classificada em complicada e não complicada. Ela é complicada quando há o aparecimento de um dos fatores subsequentes: sintomas intensos, frequência recorrente, agente etiológico não *albicans* (*glabrata*, *kruzei*), presença de comorbidades, como diabetes e HIV ou gestação. Considera-se não complicada quando todas as seguintes condições são atendidas: sintomas leves/moderados, frequência esporádica, agente etiológico *C. albicans* e a falta de comorbidades (BRASIL, 2020).

Na maioria dos casos, o diagnóstico clínico da doença é baseado nos sinais e sintomas relatados pelo paciente, diante da CVV clássica, são eles: prurido, ardência, corrimento grumoso, sem odor, dispareunia de introito vaginal e disúria externa. Os sinais característicos são eritema e fissuras vulvares, corrimento grumoso de cor branca, com placas aderidas à parede vaginal, edema vulvar, escoriações e lesões satélites, por vezes, pustulosas pelo ato de coçar (Figura 1). No diagnóstico diferencial devem ser considerados: líquen escleroso, vulvovestibulite, dermatite vulvar, vulvodínea, vaginite citolítica, vaginite inflamatória descamativa, formas atípicas de herpes genital e reações de hipersensibilidade (BRASIL, 2020).

Figura 1. Candidíase vulvovaginal. Aspectos clínicos do canal vaginal e colo do útero



Legenda: A figura mostra um colo de útero acometido por candidíase vulvovaginal; **Fonte:** FEBRASGO, 2019.

A primeira opção de tratamento é o miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias ou nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias. Já a segunda opção de tratamento é o fluconazol 150mg, via oral, dose única ou itraconazol 100mg, 2 comprimidos, via oral, 2x/dia, por 1 dia.

Nos casos de CVV complicada utiliza-se na indução fluconazol 150mg, via oral, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 ou itraconazol 100mg, 2 comprimidos, via oral, de 20 em 12 horas por 1 dia ou miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias e na manutenção fluconazol 150mg, via oral, 1x/semana, por 6 meses ou miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana ou óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses. É importante ressaltar que as parcerias sexuais não necessitam de tratamento, exceto em casos sintomáticos (BRASIL, 2020).

Vaginose Bacteriana

A Vaginose Bacteriana (VB), não é uma infecção de transmissão sexual, é a intercorrência mais comum do trato reprodutivo inferior em mulheres em idade fértil, está relacionada à perda de lactobacilos e ao crescimento de bactérias anaeróbias gram-negativas, bacilos e cocos, *Gardnerella vaginalis*, tem como queixa principal o corrimento vaginal com odor fétido. Com a perda dos lactobacilos, o pH vaginal vai aumentar e a *Gardnerella vaginalis* produzirá aminoácidos, os quais serão quebrados por bactérias anaeróbias da VB em aminas voláteis (putrescina e cadaverina), causando um cheiro desagradável, principalmente após a relação sexual e a menstruação (alcalinização do conteúdo da vagina), constituindo a principal queixa.

A afecção pode ser facilmente identificada com exames especular, que revela as paredes da vagina integras, de coloração amarronzada ao teste de Schiller, com grandes quantidades de um corrimento bolhoso, por conta das aminas voláteis (BRASIL, 2020; 2015). Contrair VB aumenta os riscos de adquirir uma IST, podendo trazer complicações cirúrgicas ginecológicas e complicações à gravidez (BRASIL, 2020).

Tem seu diagnóstico realizado através da microscopia e pela presença de corrimento vaginal homogêneo, pH >4,5, presença de *clue cells* no exame de lâmina a fresco; teste de Whiff positivo (odor fétido das aminas com adição de hidróxido de potássio a 10%) (BRASIL, 2020).

Não há indicações para o rastreamento de mulheres assintomáticas, o tratamento é indicado para mulheres sintomáticas ou assintomáticas grávidas (BRASIL, 2020).

Tratamento

Primeira opção de tratamento	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos via oral, 12 em 12 horas, por 7 dias ou metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias, como primeira opção, tanto para mulheres gestantes e lactantes OU Clindamicina 300mg, via oral, 12 em 12 horas,, por 7 dias. Em casos de VB recorrentes utiliza-se metronidazol 250mg, 2 comprimidos via oral, 2x/dia, por 10-14 dias
-------------------------------------	--

Tricomoníase

A Tricomoníase é a vulvovaginite menos frequente atualmente, é causada pelo *Trichomonas vaginalis*, um protozoário flagelado unicelular, que possui como reservatório o colo uterino, a uretra e a vagina. Os sinais e sintomas caracterizantes são corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, às vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido, na maioria dos casos, semelhante ao cheiro de peixe e prurido eventual, que pode compor uma reação alérgica à afecção (Figura 2) (Brasil, 2020).

Figura 2. Tricomoníase



Legenda: A figura mostra um colo de útero acometido por tricomoníase; **Fonte:** FEBRASGO, 2019.

A via de transmissão do *T. vaginalis* é quase que exclusivamente por via sexual, não havendo ligação conhecida com a idade, ciclo menstrual, uso de anticoncepcionais, ou outros medicamentos. Os homens geralmente são assintomáticos quando infectados, porém, funcionam como vetores de transmissão. Algumas mulheres também podem ser assintomáticas, principalmente após a menopausa (BRASIL, 2015). Cerca de 30% dos casos são assintomáticos, mas alguns sintomas clínicos podem aparecer. Na maioria dos casos, as mulheres não apresentam complicações graves, mas a tricomoníase pode promover a propagação de outras fontes invasivas de infecção, promover doença inflamatória pélvica (DIP), vaginose bacteriana e durante a gravidez, se não for tratada a tempo, pode evoluir para ruptura prematura das membranas (BRASIL, 2020).

Além disso, no exame especular, observa-se microulcerações no colo do útero, configurando uma aparência semelhante a um morango ou framboesa. O pH da vagina fica entre 6,7 e 7,5 por conta da transudação inflamatória, e por conta meio do alcalino pode surgir uma variada flora bacteriana patogênica, incluindo bactérias anaeróbias (BRASIL, 2020).

O diagnóstico é realizado através da história clínica e exame físico, além do teste de Whiff (positivo, mesmo que fracamente), de aferição do pH vaginal (normalmente é entre 5,0 e 6,0), e microscopia a fresco do fluido vaginal, no qual observa-se o protozoário móvel com seus flagelos característicos. Há também o Teste de Amplificação de Ácido Nucleico (NAAT), que é indicado

quando não se obtém o diagnóstico através da microscopia, ele é o mais sensível e específico (Brasil, 2020; 2015).

Para o tratamento da tricomoníase, recomenda-se o metronidazol 2g, via oral, em dose única, ou o metronidazol 500mg, via oral, de 12 em 12 horas, por 7 dias seguidos. Além disso, é necessário o tratamento dos parceiros e abstinência sexual durante o tratamento (BRASIL, 2020).

Cervicites

Por fim, as Cervicites são causadas pelo *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, são comumente assintomáticas, contudo, nos casos sintomáticos, as queixas principais são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica, outros sintomas como febre e dor pélvica também podem estar associados. Já no exame físico pode-se descobrir dor ao movimentar o colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, muco cervical turvo ou amarelado e friabilidade cervical, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab (BRASIL, 2020).

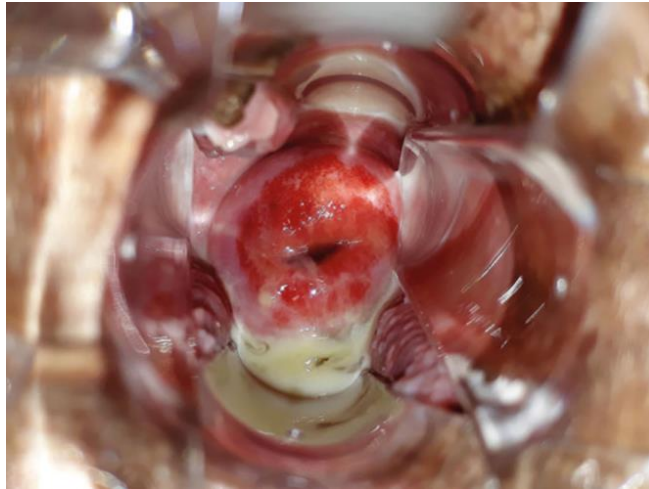
Fatores relacionados à prevalência incluem: mulheres sexualmente ativas com menos de 25 anos, relações sexuais novas ou com múltiplas parcerias, relações sexuais com parcerias com IST, história prévia ou a presença de outra IST e o uso irregular de preservativo (BRASIL, 2020; 2015).

As infecções por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* em mulheres, geralmente não causa corrimento vaginal. No entanto, se no exame especular for encontrado presença de muco-pus cervical, friabilidade do colo ou swab positivo, a paciente deve ser tratada para gonorreia e clamídia, pois são os agentes etiológicos mais comuns de cervicite mucopurulenta ou endocervicite (Figura 3) (BRASIL, 2015).

O diagnóstico laboratorial de cervicite por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* pode ser feito detectando o material genético de agentes infecciosos de acordo por biologia molecular. Este método é selecionado em todos os casos, sintomático e assintomático (BRASIL, 2017).

O tratamento consiste para Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe) ceftriaxona 500mg, intramuscular, dose única, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, via oral, dose única. Para infecção gonocócica disseminada ceftriaxona 1g intramuscular ou intravenosa ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, via oral, dose única. Já na infecção por clamídia azitromicina 500mg, 2 comprimidos, via oral, dose única ou doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes) (BRASIL, 2020).

Figura 3. Cervicite por gonococo



Legenda: A figura mostra um colo de útero acometido por cervicite por gonococo; **Fonte:** FEBRASGO, 2019.

CONCLUSÃO

Portanto, considerando a relevância clínica e epidemiológica da detecção precoce e tratamento dos casos, observa-se que é de extrema importância a prevenção para que se interrompa o fluxo de transmissão das infecções sexualmente transmissíveis e infecções endógenas. É necessário que se realize campanhas de conscientização ministradas por profissionais de saúde qualificados em escolas e postos de saúde, com o objetivo de maximizar o conhecimento da população. As pessoas devem ser informadas sobre a importância do preservativo e como usá-lo corretamente, tanto masculinos quanto femininos, no combate as IST. Os médicos também devem encorajar os pacientes infectados a se comunicarem com seus parceiros sexuais no último mês, para que possam receber tratamento, se necessário. Isso reduzirá o número de infecções sexualmente transmissíveis e infecções endógenas (BRASIL, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [file:///Users/lucianagarcia/Downloads/pcdt_ist_final_revisado_020420%20\(6\).pdf](file:///Users/lucianagarcia/Downloads/pcdt_ist_final_revisado_020420%20(6).pdf). Acesso em: 07 de dez. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 07 de dez. de 2020.

FEBRASGO. Tratado de obstetrícia Febrasgo. Editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá ; coordenação Corintio Mariani Neto. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2019.

64

DESFECHO MATERNO E PERINATAL DE GESTAÇÕES COM DIAGNÓSTICO DE PLACENTA PRÉVIA E ACRETISMO PLACENTÁRIO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA BAIXADA SANTISTA

FILIAÇÃO

¹ Médico obstetra

² Acadêmicos do sexto ano de medicina do Centro Universidade Lusíada, Santos - SP

AUTORES

ROGÉRIO GOMES DOS REIS GUIDONI¹

CAIO ALBORGHETTI DE ALMEIDA²

FABIO MARGATHO ELIAS²

FABRIZIO CALIOLO IERARDI²

GUSTAVO HENRIQUE RIBEIRO CUNHA²

HENRIQUE ELIAS SCALET²

LUIS FELIPE DELGADILLO GAMBOA²

RODRIGO LUIS CHIAPARINI²

Palavras-chave: Cesárea; Placenta Prévia; Acretismo

INTRODUÇÃO

A placenta prévia é uma patologia obstétrica que vem se tornando cada vez mais frequente em mulheres gestantes devido ao crescente índice de partos cesarianos realizados nos hospitais do país. Paralelamente a isso, outra condição que vem aumentando significativamente é uma das principais complicações da placenta prévia: o acretismo placentário. A placenta prévia é definida como a presença de tecido placentário que recobre ou está muito próximo ao orifício interno do colo uterino após 28 semanas de gestação. Já o acretismo placentário é caracterizado pela invasão excessiva do trofoblasto no miométrio, resultando em hemorragia significativa à dequitação manual, que pode complicar com coagulação intravascular disseminada e até mesmo o óbito (ANANTH & FAIZ, 2003; CRANE *et al.*, 1999).

A descrição original de placenta prévia é creditada ao médico francês Paul Portal em 1683. Porém, o alemão Schacher foi o primeiro a demonstrar, post-mortem, a exata relação da placenta com o útero materno, em 1709. Segundo uma revisão sistemática de trabalhos publicados entre 1966 e 2000, a prevalência de placenta prévia seria aproximadamente de quatro casos para cada 1000 gestações. Os principais fatores de risco para a ocorrência dessa patologia são: cesárea anterior, multiparidade, idade materna avançada, gestação múltipla, tabagismo, uso de drogas durante a gestação e história de placenta prévia anterior. As intervenções necessárias e as possíveis complicações maternas associadas à placenta prévia, com seus respectivos riscos relativos, são: histerectomia (33,26); transfusão sanguínea (10,05); hemorragia anteparto (9,81); sepse (5,50); tromboflebite (4,85); hemorragia intraparto (2,48) e hemorragia pós-parto (1,86). Já do ponto de vista do impacto fetal e neonatal, as gestações complicadas por placenta prévia têm sido associadas

ao maior número de nascimentos pré-termo e anomalias fetais, além de maior risco de atraso no neurodesenvolvimento, síndrome da morte súbita infantil e Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU) (FISHMAN S.G, *et al.*, 2011; HARPER, L. M, *et al.*, 2010; ZUGAIB *et al.*, 2020; ELLER. A, *et al.*, 2009)

Por outro lado, a descrição clínica e histológica do acretismo placentário foi feita pela primeira vez em 1937 pelo obstetra Frederick C. Irving, e pelo patologista Arthur T. Ambos descreveram a patologia como uma placenta aderida de forma anormal à parede uterina subjacente com invasão direta do miométrio, tendo como causa essencial a ausência parcial ou completa da decídua basal. Muitos conceitos têm sido propostos para explicar a sua fisiopatologia, sendo que a teoria mais antiga se baseia em um possível defeito primário no trofoblasto, o que acarreta uma invasão excessiva do miométrio. Atualmente, a hipótese prevalente sugere um defeito secundário na interface endométrio-miométrio, o que gera decidualização inadequada em área de cicatriz uterina e ancoragem placentária profunda e infiltração trofoblástica. (FOX. H, 1972)

A classificação do acretismo placentário é dividida em três categorias: placenta acreta, quando as vilosidades somente aderem ao miométrio; placenta increta, quando as vilosidades invadem o miométrio; e placenta percreta, quando toda a espessura do miométrio é invadida. Os principais fatores de risco para o acretismo placentário são: cesárea anterior, idade materna avançada, histórico de curetagem uterina, placenta prévia e alterações uterinas, tais como miomas submucosos ou malformações müllerianas. No contexto materno, o acretismo placentário está substancialmente relacionado a complicações graves, como hemorragias intensas, Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), síndrome do desconforto respiratório do adulto e insuficiência renal, sendo que a histerectomia e o óbito materno são desfechos comuns para essa patologia. Já no contexto fetal, os principais desfechos observados são baixo peso ao nascer, necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), escore Apgar < 7 no quinto minuto e óbito fetal. (IRVING & HERTIG 1937; ERIC J. *et al.*, 2018; MILLER, D. A, *et al.*, 1997; AABERG, M.E & REID, D.E, 1945).

Em 2017, segundo dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a Razão da Mortalidade Materna (RMM) foi de 120 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos na Região de Saúde referente à Baixada Santista (a qual compõe nove cidades: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente); enquanto que a RMM em todo o estado de São Paulo é de 57 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos. Deste modo, a Baixada Santista se destaca com uma das mais elevadas razões de mortalidade materna do estado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Recentemente, a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP) aprovou a Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019 que “Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal”. Deste modo, a tendência será observar um crescente aumento de um dos principais fatores de risco para as patologias acima descritas, que é o parto cesariana. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2017)

Visto que a placenta prévia e o acretismo placentário constituem importante causa de morbimortalidade materna e neonatal, e levando em consideração o aumento dos partos cesarianos atualmente, assim como a alta mortalidade materna na Baixada Santista, fica evidente a importância do tema abordado.

O objetivo deste estudo é avaliar a ocorrência dos desfechos maternos e perinatais relacionados às gestantes com placenta prévia e/ou sinais de acretismo placentário nos últimos cinco anos no Hospital Guilherme Álvaro, um hospital de referência na cidade de Santos – SP.

MÉTODO

Este estudo retrospectivo transversal foi conduzido no Hospital Guilherme Álvaro (HGA), referenciado centro terciário, que fornece atendimento às nove cidades que compõem a Região de Saúde da Baixada Santista. A pesquisa engloba os últimos cinco anos, desde novembro de 2014 a setembro de 2019. Foi feita a análise dos registros de partos realizados no serviço. Dos 6616 partos únicos, identificaram-se 56 gestantes com o diagnóstico de placenta prévia. Após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HGA, os documentos foram solicitados à Seção de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Dentre estes, com a finalidade de anular a possibilidade de os desfechos estudados serem decorrentes de outra causa que não as patologias estudadas, um caso foi excluído devido a gestação múltipla; outros dois foram excluídos pela ausência de confirmação do diagnóstico e oito pela falta do documento no SAME. Deste modo, o resultado foi uma amostra total de 45 mulheres diagnosticadas com placenta prévia, demonstradas pela ultrassonografia após 28 semanas de gestação. Entre essas, 13 pacientes apresentaram-se com sinais de acretismo tanto no exame de ressonância magnética quanto clinicamente durante o parto, pois não se observou plano de clivagem entre a placenta e o útero.

Os dados maternos coletados foram: idade materna ao engravidar, ocorrência de hemorragia pré-parto ou intraparto, necessidade de internação em UTI, tempo de permanência hospitalar, idade gestacional ao engravidar, número de gestações, cesáreas e paridades prévias, número de consultas no pré-natal, índices hematimétricos pré e pós parto, lesão de órgão ou outras intercorrências no ato cirúrgico, necessidade de histerectomia, quantidade de concentrados de hemácias, atonia uterina, sepsse, choque e óbito materno, além da necessidade de reinternações posteriores ao parto.

Com relação aos recém nascidos, 19 foram avaliados no estudo. Os dados coletados foram: idade gestacional ao nascer, peso ao nascer, percentil do peso ao nascer para a idade gestacional, Apgar no 1º minuto e Apgar no 5º minuto, necessidade de internação em UTI, tempo de permanência hospitalar, necessidade de transfusão sanguínea, ocorrência de síndrome do desconforto respiratório agudo, sepsse e óbito fetal.

Os dados relevantes foram coletados, agrupados, dispostos em planilhas no programa Microsoft Excel e analisados estatisticamente. Foi considerado $p \geq 0,05$, para se obter um intervalo de confiança correspondente a 95%, estatisticamente significativa. O teste de quiquadrado foi utilizado para comparar proporções e o teste T-crítico bi-caudal foi utilizado para comparar a relação entre dois ou mais grupos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desfechos Maternos

Dos 6616 partos de gestação única no HGA, no período em questão, foram analisados 45 prontuários de gestantes diagnosticadas com placenta prévia. A fim de facilitar a comparação entre os desfechos maternos e perinatais, foram divididos dois grupos de estudo: Grupo A – placenta prévia com sinais de acretismo ($n = 12$) – e Grupo B, com placenta prévia sem sinais de acretismo ($n = 33$). Os resultados das variáveis analisadas das pacientes do grupo A, foram os seguintes: idade média ao engravidar de $30,8 \pm 5,4$ (19-43) anos, paridade média de $2,3 \pm 1,3$ (0-4), história de cesáreas prévias $1,8 \pm 1,5$ (0-4), idade gestacional no momento do parto de $35,9 \pm 2,2$ (31 e 2 dias

– 39 e 2 dias). Já os resultados das pacientes do grupo B foram: idade média ao engravidar de $30,2 \pm 6,2$ (17-41) anos, paridade média de $1,8 \pm 1,6$ (0-8), história de cesáreas prévias $1,0 \pm 1,1$ (0-5), idade gestacional no momento do parto de $36,4 \pm 2,7$ (27 e 4 dias – 39 e 6 dias).

Todos os partos nas pacientes do Grupo A foram cesáreas. Já no Grupo B, apenas uma resolução foi realizada pela via baixa. Contudo, ao se realizar tentativa de dequitação por expressão ocorreu inversão uterina, o que evidenciou a aderência placentária anormal, sendo necessária a realização de laparotomia e histerectomia total.

Levando em consideração o número de gestações prévias no Grupo A, 16,6% tiveram cinco ou mais gestações prévias, 33,3% três ou quatro gestações prévias e 41,6% foram primigestas; enquanto que, no Grupo B, a relação foi de 18%, 21% e 51%, respectivamente. Apenas quatro pacientes de toda a amostra foram nuligestas. Já em relação a necessidade de histerectomia, 66,7% ($n=8$, $p < 0,05$) das pacientes com acretismo placentário foram submetidas a este tipo de intervenção, sendo que 50% realizou histerectomia total e 16,7% histerectomia subtotal. Ao mesmo tempo que, apenas 9,1% realizaram o procedimento no outro grupo, sendo 6,1% histerectomia total.

Tabela 1. Comparação do desfecho materno entre os casos de placenta prévia com sinais de acretismo placentário (Grupo A) e sem sinais de acretismo placentário (Grupo B)

Variável	A (n=12)		B (n=33)		P-valor
	Média	DP	Média	DP	
Cesáreas prévias	1,8	1,5	1	1,1	0,082
Tempo internação (dias)	16,3	16,4	10,4	13	0,279
	Total	%	Total	%	P-valor
Transfusão sanguínea	10	80	10	30	<0,05
Internação > 5 dias	9	75	19	58	<0,05
Histerectomia	8	67	3	9	<0,05
Admissão UTI	6	50	2	6	<0,05
Óbitos	1	8	1	3	<0,05

Legenda: DP - desvio padrão. **Fonte:** SAME – Hospital Guilherme Álvaro, Santos – SP.

Foram considerados cinco parâmetros para análise hemodinâmica das pacientes: necessidade de transfusão sanguínea, níveis de hemoglobina (Hb) pré e pós-parto e hematócrito (Ht) pré e pós-parto. No Grupo A, 10 gestantes (80%) necessitaram de transfusão sanguínea, sendo que, destas, três pacientes receberam 10 ou mais concentrados de hemácias. Em relação aos resultados de Hb e Ht, a média pré-parto foi de $11,2 \pm 1,5$ (9,8 – 12,7) e $33,1 \pm 4,7$, respectivamente, e a média pós-parto, foi de $7,2 \pm 1,1$ (6,1 – 10,5) e $33,1 \pm 4,7$, respectivamente. Já no Grupo B, 10 gestantes (30%) necessitaram de transfusão, e a média do nível de Hb pré-parto foi de $10,9 \pm 1,3$ (8,1 - 12,8) caindo para $7,8 \pm 2,3$ (2,76 - 9,99) após o parto. A média dos níveis de Ht são $32,1 \pm 6,1$ para $23,5 \pm 6,5$, respectivamente.

As principais intercorrências do ato cirúrgico foram lesão de órgão e hemorragia. No grupo A, 75% ($n=9$, $p < 0,05$) apresentaram hemorragia, e 33% ($n=4$, $p < 0,05$) sofreram lesão de órgão, principalmente bexiga e ureter. Em comparação, no Grupo B, 24% ($p < 0,05$) tiveram hemorragia e não houve descrição de injúria orgânica. Além disso, observou-se ocorrência de atonia uterina, sepse, choque e óbito nas frequências de 17% ($n = 2$, $p < 0,05$), 17% ($n = 2$, $p < 0,05$), 25% ($n = 3$, $p < 0,05$) e 8% ($n = 1$, $p < 0,05$), respectivamente, no Grupo A; e, 9% ($n = 3$, $p < 0,05$), 0%, 6% ($n = 2$, $p < 0,05$) e 3% ($n = 1$, $p < 0,05$), respectivamente, no Grupo B.

Por fim, o Grupo A teve uma média de permanência hospitalar de $16,3 \pm 16,4$ (3 - 55) dias e 50% (n = 6, p < 0,05) das gestantes necessitaram de internação em UTI. Já o Grupo B teve uma média de permanência de $10,4 \pm 13$ (3 - 60) dias e apenas, 6% (n = 2, p < 0,05) necessitaram de terapia intensiva. Além disso, no Grupo A, 75% (n = 9, p < 0,05) das gestantes ficaram mais de cinco dias internadas, em comparação com 58% (n = 19, p < 0,05) no grupo B.

Desfechos Neonatais

Na análise dos desfechos nos recém-nascidos, a idade gestacional média entre os grupos com e sem sinais de acretismo é similar e não apresenta diferenças estatísticas ($36,2 \pm 2,3$ no Grupo A e $36,3 \pm 2,5$ no Grupo B), assim como o peso ao nascimento ($2,7 \pm 0,6$ no Grupo A e $2,7 \pm 0,7$ no Grupo B). Os nascimentos pré-termos foram mais comuns no Grupo A, representando 58% dos casos, contra 48% no Grupo B. A análise do peso ao nascimento para a idade gestacional revelou duas crianças pequenas para a idade gestacional (PIG), isto é, 16,7% no primeiro grupo, contra nove (27,7%) no segundo grupo.

Quanto ao Apgar, tanto no primeiro quanto no quinto minuto de vida, as médias de ambos os grupos não apresentaram diferenças estatísticas relevantes. No Grupo A, nenhuma criança obteve um score menor que sete, enquanto que no Grupo B houveram dois casos. Levando em conta os desfechos patológicos, foram observadas taxas de ocorrência da Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), que no recém-nascido foram de 33% no Grupo A e 30,3% no Grupo B. Casos de sepsis neonatal ocorreram em 17% dos recém-nascidos de mães com sinais de acretismo placentário, enquanto que no segundo grupo essa taxa foi de 12%. Transfusões sanguíneas foram feitas em 17% dos casos do Grupo A, ao passo que não houve necessidade dessa intervenção no Grupo B. As taxas de internação em UTI neonatal foram similares em ambos os grupos, sendo 50% no Grupo A e 42,4% no Grupo B. Em todo o estudo, houve apenas um caso de óbito fetal, o qual ocorreu no grupo sem sinais de acretismo placentário.

Tabela 2. Comparação do desfecho neonatal entre os casos de placenta prévia com sinais de acretismo placentário (Grupo A) e sem sinais de acretismo placentário (Grupo B)

Variável	A (n=12)		B (n=33)	
	Valores	DP	Valores	DP
IG no parto	36,2 (média)	$\pm 2,3$	36,3 (média)	$\pm 2,5$
Prematuros	7 (58%)	-	16 (48%)	-
Peso ao nascer (kg)	2,7 (média)	$\pm 0,6$	2,7 (média)	$\pm 0,7$
PIG	1 (7,7%)	-	11 (33%)	-
Apgar 5° minuto	8,3 (média)	$\pm 1,8$	8,6 (média)	$\pm 0,93$
Apgar 5° min < 7	2 (17%)	-	0	-
Tempo de Internação (dias)	9,8 (média)	$\pm 10,7$	5,2 (média)	$\pm 6,6$
UTI	4 (33%)	-	10 (30%)	-
Óbito fetal	0	-	1 (3%)	-

Legenda: DP - desvio padrão; PIG - pequeno para idade gestacional. **Fonte:** SAME – Hospital Guilherme Álvaro, Santos – SP, ano.

Discussão

Entre os meses de novembro de 2014 e agosto de 2019, as taxas de ocorrência de placenta prévia e acretismo placentário em relação ao total de partos realizados no HGA foram de 0,18% e 0,49%, respectivamente. De acordo com o estudo “*Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome*”, a prevalência de placenta prévia pode variar entre 0,3% e 0,8% das gestações em todo o mundo e, de acordo com o estudo “*Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births*”, a prevalência de acretismo placentário pode abranger uma faixa entre 0,04% e 0,9% (TAMAR *et al.*, 2013; TUZOVIC, 2006)

De acordo com a literatura levantada sobre o tema, o acretismo placentário pode ser significativamente relacionado com o histórico de cesáreas anteriores e com resultados gestacionais adversos, como necessidade de transfusão sanguínea materna, sangramento transvaginal de segundo trimestre, hemorragia pós-parto, admissão em UTI e até óbito materno. Dessa forma, desfechos semelhantes foram observados neste estudo. Nas pacientes do Grupo A, observou-se maior taxa de cesáreas prévias, histerectomia, necessidade de transfusão sanguínea, necessidade de internação em UTI e óbito materno, ao se comparar com as pacientes do Grupo B.

Quanto às cesáreas prévias, o estudo “*Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries*” afirma que pacientes com placenta prévia e sem cesáreas anteriores, apresentam 5% de chance de desenvolver acretismo placentário. Para pacientes com apenas uma cesárea anterior, o risco sobe para 20% e, para pacientes com duas ou mais cesáreas anteriores, o risco de desenvolver essa grave complicação pode chegar a até 40%. Paralelamente, neste estudo, foi constatado que as pacientes do Grupo A possuem, em média, 1,8 cesáreas prévias (DP \pm 1,1) e as do Grupo B possuem apenas uma cesárea prévia em média (DP \pm 1,5). Tal informação corrobora com o fato de que um maior número de cesáreas pode ser um fator de risco para o acretismo placentário (GROBMAN *et al.*, 2007; SILVER, R.M, *et al.*, 2006)

Em relação à necessidade de transfusão sanguínea, o estudo “*Maternal and neonatal outcomes of placenta previa and accreta: three years of experience with a two-consult approach*” mostra que, das pacientes sem sinais de acretismo, 46,4% necessitaram de hemotransfusão, enquanto que no grupo com sinais de acretismo, 100% receberam concentrados de hemácias. Neste estudo, 83,3 % das pacientes do Grupo A e 27,2% das pacientes do Grupo B necessitaram de transfusão sanguínea, respectivamente. No primeiro grupo houve necessidade de transfusão sanguínea de, em média, 4,7 concentrados de hemácias (DP \pm 3,6). Já no segundo, a média foi de 0,8 concentrados (DP \pm 1,5), o que reforça a evidência da maior necessidade de transfusão em pacientes com acretismo placentário. Já em relação à necessidade de histerectomia durante o parto, o estudo “*Neonatal outcomes with placenta previa*” demonstra que pacientes com acretismo placentário tem maior risco para a realização dessa cirurgia. Neste estudo observacional, 66,7% das pacientes do Grupo A evoluíram para esse desfecho, o que está de acordo com o estudo citado acima (GAMAL & ALI, 2013; CRANE *et al.*, 1999).

Outros fatores importantes analisados neste estudo foram os níveis de Hb pré e pós-parto. No Grupo A, a média de Hb pré-parto foi de 11,2 mg/dL (DP \pm 1,5) e, no Grupo B, 10,9 mg/dL (DP \pm 1,3). Relacionando essas médias com a Hb pós-parto de 7,2 mg/dL e 7,8 mg/dL, respectivamente, podemos inferir que houve uma diminuição de 4 mg/dL no Grupo A e de 3 mg/dL no Grupo B. Apesar de o serviço hospitalar estudado não apresentar um protocolo pré-definido para coleta de hemoglobina pré e pós-parto, mais uma vez fica explícita a relação entre acretismo placentário e a

maior quantidade de sangramento nessas pacientes. O estudo “*Abnormally invasive placenta – prevalence, risk factors and neonatal suspicion: results from a large population – based pregnancy cohort study in the Nordic countries*” descreve que, entre as gestantes com acretismo placentário, a hemorragia pós-parto foi seis vezes mais frequente que no grupo controle. Quando comparamos com este estudo, 58,3% das gestantes do Grupo A apresentaram sangramento pré-parto, número maior quando comparado ao Grupo B (45,4%). (THURN L. *et al.* 2016)

Por fim, os últimos desfechos maternos analisados foram a ocorrência de lesão vesical e sepse. No Grupo A, a taxa de lesão vesical foi de 33% e a taxa de sepse após a cesárea foi de 17%, enquanto que no Grupo B tais desfechos não foram observados. A falta de significância estatística (nenhum caso de lesão vesical e sepse no Grupo B) pode ser atribuída ao pequeno número de participantes da amostra total neste estudo.

Analisando-se os desfechos nos recém-nascidos, a idade gestacional média entre os grupos com e sem sinais de acretismo, não apresenta diferenças estatisticamente significantes, sendo 36,2 semanas no primeiro grupo e 36,3 semanas no segundo grupo. O fato de ambas as médias serem menores que 37 semanas evidencia, de um modo geral, que os filhos das mães com placenta prévia e acretismo placentário apresentam grandes chances de nascerem pré-termo, isto é, antes de 37 semanas de gestação. Os nascimentos pré-termos foram mais comuns no Grupo A, representando 58% dos casos.

Com relação ao Apgar de 1º e 5º minuto, escore utilizado para a avaliação da vitalidade do recém-nascido, as médias de ambos os grupos não apresentaram diferenças estatísticas relevantes. No 1º minuto, os recém-nascidos do Grupo A obtiveram uma nota média de 6,8, enquanto que no Grupo B a média foi de 6,9. Já no 5º minuto, nenhum recém-nascido obteve pontuação menor que 7.

As taxas de internação em UTI neonatal foram similares em ambos os grupos, sendo 50% no Grupo A e 42,4% no Grupo B, o que demonstra as consideráveis demandas por cuidados intensivos nos casos de recém-nascidos de mães com as patologias abordadas.

As taxas de ocorrência da Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) no recém-nascido, foram de 33% no Grupo A e 30,3% no Grupo B, o que pode ser explicado pela alta prevalência de nascimentos prematuros em ambos os grupos. Tal síndrome traduz um processo de edema pulmonar não hidrostático e hipoxemia devido à baixa quantidade de surfactante pulmonar e está associado a várias etiologias, entre elas a imaturidade pulmonar, que é mais comumente presente em recém-nascidos prematuros.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados, isto é, desfechos desfavoráveis tanto maternos quanto perinatais, podemos concluir que a placenta prévia e o acretismo placentário são patologias obstétricas que podem trazer riscos significativos para a vida da mãe e da criança recém-nascida. Neste estudo, foi observado um aumento no tempo de internação hospitalar, na necessidade de transfusão sanguínea, na realização de histerectomias, na admissão em UTI e em óbitos maternos, além de um maior risco de prematuridade. Com isso, e sabendo-se que o antecedente de parto cesárea contribui para o aumento da incidência de placenta prévia e acretismo placentário, faz-se necessário indicar a cesariana com mais critério para evitar o aumento da morbiletalidade materno-fetal por estas intercorrências no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AABERG, M.E & REID, D.E. Manual removal of the placenta: a policy of treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 49, p. 368, 1945.

ANANTH, C & FAIZ, C. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, v. 13, p. 175, 2003.

ANATH *et al.* The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 177 p. 1071, 1997.

CRANE *et al.* Neonatal outcomes with placenta previa. *Obstetrics and Gynecology*, v. 93 p. 541, 1999.

ELLER, A. *et al.* Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 116, p. 648, 2009.

ERIC, J., *et al.* Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 218, p. 75, 2018.

FISHMAN, S.G, *et al.* Risk factors for preterm delivery with placenta previa. *Journal of Perinatal Medicine*. v. 40 p. 39, 2011.

FOX, H. Placenta accreta: 1945-1969. *Obstetrical & Gynecological Survey*, v. 27, p. 475, 1972.

GAMAL A.K & ALI, K.A. Maternal and neonatal outcomes of placenta previa and placenta accreta: three years of experience with a two-consultant approach. *International Journal of Women's Health*, v. 5, p. 803, 2013.

GROBMAN, W.A, *et al.* Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries. *Obstetrics and Gynecology*, v. 110 p. 1249, 2007.

HARPER, L. M, *et al.* Effect of placenta previa on fetal growth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 203, p. 330, 2010.

IRVING, F.C & HERTIG, A.T. A study of placenta accreta. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 11, p. 1088, 1937.

MILLER, D. A, *et al.* Clinical risk factors for placenta previa - placenta accreta. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 177, p. 210, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de saúde: estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - são paulo, 2017.

SILVER, R.M, *et al.* Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstetrics and Gynecology*, v 107, p. 1226, 2006.

TAMAR, E, *et al.* Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 208, p. 219, 2013.

THURN L. *et al.* Abnormally invasive placenta – prevalence, risk factors and neonatal suspicion: results from a large population – based pregnancy cohort study in the Nordic countries. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, v. 123, p. 1348, 2016.

TUZOVIC, L. Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 93 p. 110, 2006.

ZUGAIB, M. *et al.* Zugaib Obstetrícia. 4ª edição. São Paulo: Manole, 2019.

65

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

FILIAÇÃO

¹ Discente do Curso de Medicina da Universidade Nove de Julho de São Bernardo do Campo - UNINOVE-SBC.

² Docente do Curso de Medicina da Universidade Nove de Julho de São Bernardo do Campo.

AUTORES

JULIA ATAULO BORBA¹

ANA GABRIELA ZEFERINO LIMA DOS SANTOS¹

BEATRIZ DE LUNA COSTA PINHEIRO¹

RAFAEL GUILHERME FERREIRA DE LIMA¹

**LERYANE MARQUES DE ARAUJO
BLASZKOWSKI²**

Palavras-chave: Obstetrícia; Assistência Integral à Saúde Das Mulheres; Violência Contra as Mulheres.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência obstétrica é considerada uma violação dos direitos humanos e se refere a qualquer tipo de conduta abusiva, desrespeitosa ou de maus-tratos durante o parto em instituições de saúde públicas ou privadas (ZANARDO *et al.*, 2017).

Consciente do que preconiza a OMS, o Brasil elaborou um conjunto de medidas, que contribuísse em partos humanizados e, com isso, criaram-se resoluções, diretrizes e leis para que o país estabeleça bons resultados e venham a ser referência no combate à violência obstétrica. Por meio da Resolução Normativa nº 368/15, que garante informação e equipamentos adequados, enquanto por meio da Portaria nº 306/16 aprova diretrizes para o parto cesárea, e por meio da Portaria nº 353/17, diretrizes para o parto normal, sendo reforçada em federações como São Paulo com a Lei nº 17137/2019, que permite a escolha do parto a partir da trigésima nona semana de gravidez.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 98,08% dos partos realizados entre 2007 e 2011 foram hospitalares e as cesáreas registraram um aumento de 7,32%. Em 2015, a OMS divulgou que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, variando entre sistema público e privado (ZANARDO *et al.*, 2017). A recomendação da OMS para realização de cesáreas é de 15% dos partos hospitalares e este percentual se baseia em estudos que comprovam que taxas superiores demonstram maiores índices de mortalidade materna e menores desfechos benéficos de saúde para mãe-bebê, sendo assim, conclui-se que são realizadas cesáreas desnecessárias, muitas vezes iatrogênicas (GUEDES, 2018).

Decorrente a estes acontecimentos, muitas mulheres apresentam transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), relatando recordações aflitivas do parto, por meio de imagens, sonhos, locais, pensamentos, entre outros (ZAMBALDI *et al.*, 2009).

Além da violência psicológica sofrida pela mulher durante o parto, ela também sofre violência física. Um artigo de revisão sobre 279 prontuários de mulheres em trabalho de parto, expõe uma rotina comum de episiotomia, que contribui para certas práticas médicas desnecessárias, influenciando a mulher a ser favorável a cesárea. Visto isto, uma pesquisa realizada em alguns países sul-americanos com dados colhidos por meio da rede social, corrobora que a negligência, a imperícia e a imprudência imperam na obstetrícia (BRASIL, 2015).

O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão para que melhor fosse entendida a violência obstétrica juntamente aos dados psicológicos que as mulheres podem sofrer em um momento tão especial de suas vidas.

MÉTODO

O estudo foi realizado através de pesquisas em artigos científicos, dados colhidos no DATASUS e bancos de dados, além de apresentar meios para que o método fisiológico seja de conhecimento de gestantes e da classe médica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tipos de partos

Parto é todo nascimento de uma vida e que pode ser assistido em qualquer ambiente: domiciliar, hospitalar, centros intra e extra hospitalares. São três os principais tipos partos o vaginal espontâneo, que não necessita de intervenção cirúrgica ou medicamentosa, o vaginal induzido, que usa métodos farmacológicos e manobras para acelerar o processo de nascimento, e a cesária que é uma cirurgia abdominal para retirada do bebê (DIAS, 2006).

O aumento das taxas de partos hospitalares justifica-se pela ideia de conforto e rapidez, elevando os índices de cesáreas e os casos de violência obstétrica, desconsiderando a importância da humanização do procedimento e acarretando traumas físicos e psicológicos que são comuns e pouco discutidos (CARDOSO, 2010).

Violência obstétrica

Para a mulher, o momento do parto é visto como único e inesquecível, requer cuidado singular e deve ser protagonizado por ela de modo a ser o mais natural e humano possível. Entretanto, em um parto que não seja humanizado, a mulher e seu corpo são vistos como máquinas a ser operada pelo profissional médico, que detém de todo o saber sobre ela, negligenciando informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da parturiente, tornando um dos fenômenos mais significativos da vida de uma mulher em uma experiência traumática (JARDIM *et al.*, 2018).

A violência obstétrica caracteriza-se por falhas estruturais no momento do parto ou por qualquer conduta abusiva, desrespeitosa ou de maus tratos, que cerne ao corpo e aos processos

fisiológicos da parturiente, podendo ser subdividida em cinco principais tipos: violência física, institucional, moral, sexual e psicológica e verbal (BRANDT *et al.*, 2017).

Foi evidenciado que grande parte das mulheres não recebeu informações adequadas e precisas sobre o tipo de parto mais indicado, sobre quais condutas seriam realizadas, seus direitos à assistência antes e durante o parto e que o procedimento não seria realizado sem o consentimento dela (DA ROCHA, 2020).

O Brasil tem muito a avançar no combate à violência obstétrica, buscando reconhecer a individualidade da mulher, suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento de forma a reconhecer seu contexto histórico, cultural e antropológico, além de ser necessário reconhecer a violência obstétrica como uma forma de violência.

Foi possível analisar que grande parte das mulheres que têm, muitas vezes, seus direitos negligenciados pelos serviços de saúde, não reconhece que estão passando por algum tipo de violência, ou então que, por medo, acabam não denunciando o ocorrido, tornando-se reféns de situações traumáticas. Com isso, é fundamental expor seus direitos adquiridos em âmbito nacional (ANDRADE *et al.*, 2014).

Políticas públicas

No Brasil, diretrizes foram criadas com intuito de envolver gestores de saúde, profissionais da saúde e pacientes em questões importantes na atenção à gestante, e por meio da Portaria nº 306/16, que contém diretrizes que regem o procedimento para escolha do parto cesariana, e a Portaria nº 353/17, com diretrizes para procedimentos de parto normal. Juntas estas diretrizes consolidam direitos para o nascimento humanizado do parto.

Como demonstrado, a parturiente deve ter acesso à toda e qualquer informação sobre o procedimento a ser realizado, o obstetra deve ponderar sobre a melhor opção de parto, levando em consideração as condições de saúde da mãe e do bebê. A mesma não pode, em momento algum, ser induzida ou manipulada sobre a decisão que venha a ser tomada e, sempre que for solicitada pela paciente, a operadora de assistência à saúde deve disponibilizar os recursos que vão ao encontro da vontade da mesma, sendo que essa medida protetora é garantida pela Resolução Normativa nº 368/15.

CONCLUSÃO

Com este estudo pôde-se concluir que, de acordo com a OMS, o Brasil encontra-se com porcentagens de partos cesáreos em hospitais acima do recomendável de 15%, o qual traz preocupações aos profissionais da saúde, pois o aumento desses índices está correlacionado a maior mortalidade materna e menores desfechos benéficos de saúde para mãe-bebê. Entretanto, priorizando um parto humanizado e de melhor experiência para a mãe, surgiram portarias e projetos de leis aliadas a diretrizes do órgão de saúde (OMS) discorrendo a importância de um parto humanizado. Os projetos e leis expõem o direito da grávida em optar pela melhor forma de seu parto garantindo a ela que seja fornecido todas as informações técnicas a respeito de sua situação gestacional.

Desta forma, é percebido que o melhor jeito de combater o aumento dos índices de cesarianas desnecessárias e a violência obstétrica é a implantação de programas de preparo para o parto, os

quais devem ser implantados juntamente ao pré-natal em hospitais privados e redes públicas. Isto faz com que sejam expostas à mãe as informações necessárias, tanto da cesariana quanto do parto natural, para que seja seguida a melhor conduta acerca de sua situação de saúde e de seu bebê.

Deste modo, com todas as informações colhidas e conversas preparatórias para o parto, a mulher conseguirá decidir, junto a sua família, a melhor opção, a que será menos danosa e traumatizante para ela, visando assim um parto no qual as mães sentem-se preparadas para o evento mais importante da vida delas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRANDT, G.P. *et al.* Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 19, p. 19, 2018.
- BRASIL. Resolução Normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- DIAS, M.A.B. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. 2006. 280 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- GUEDES, A. Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil. Senado Federal. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas#:~:text=O%20Brasil%20ocupa%20o%20segundo,esse%20percentual%20chega%20a%2057%25>> Acesso em: 10 nov. 2020.
- MODENA, C.M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, e3069, 2018.
- SÃO PAULO. Lei nº 17.137/2019. Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- ZAMBALDI, C.F. *et al.* Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 58, p. 252, 2009.
- ZANARDO, G.L.P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, v. 29, e155043, 2017.

66

O MANEJO DO CÂNCER DE MAMA EM GESTANTES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO, Teresópolis, RJ.

² Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO, Teresópolis, RJ.

AUTORES

ALICE MARIA GARCIA POSSODELI¹

BEATRIZ RIBEIRO DUARTE¹

DANIELLI XAVIER TAMIETTI DURÃES¹

DANIELY PEREIRA FAGUNDES¹

LUIZA MACHADO BORGES¹

MARCELLI CAROLINE DO AMARAL COSTA¹

EMILENE PEREIRA DE ALMEIDA²

Palavras-chave: Câncer de Mama; Gestação; Tratamento.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é doença causada pela multiplicação desordenada de células da mama, em que esse processo gera células anormais que se multiplicam, formando um tumor. É considerada a segunda neoplasia mais frequente no mundo e a mais comum entre as mulheres, o qual corresponde a 22% dos novos casos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por essa doença continuam elevadas visto que ela ainda é diagnosticada em estádios avançados (MONTEIRO *et al.*, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2016).

Todo câncer de mama diagnosticado durante o período gestacional ou até em um ano após o parto é considerado uma neoplasia associada à gravidez, sendo sua ocorrência de 0,2% a 3,8% de todos os cânceres na gestação (CIPRIANO *et al.*, 2015). Ademais, sabe-se que mulheres de 30 anos de idade ou mais com história familiar têm risco três vezes maior do que as sem familiares com câncer de mama (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Essa enfermidade pode ser detectada precocemente caso as estratégias para a sua descoberta forem colocadas em prática, sendo elas: o autoexame, o qual deve ser realizado mensalmente; o exame clínico anual das mamas, realizado em todas as mulheres, em especial naquelas com 40 anos ou mais e, por fim, o exame mamográfico, em que as mulheres com idade entre 50 e 69 anos devem ser submetidas anualmente (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Todavia, o diagnóstico desta patologia em gestantes é dificultado devido às mudanças fisiológicas da mama que ocorrem durante a gravidez, sendo essas: hipertrofia, ingurgitamento, nodularidade e secreção mamária, o que prejudica o exame clínico e a interpretação da mamografia e ultrassonografia mamária por parte do médico. Isso leva ao retardado do diagnóstico e, conseqüentemente, ao pior prognóstico (SILVA *et al.*, 2018; MONTEIRO *et al.*, 2019).

Sendo assim, o tratamento do câncer em mulheres grávidas possui maior complexidade quando comparado às não gestantes, já que existem riscos fatais para a mãe e feto, exigindo um consenso entre o médico oncologista, obstetra e neonatologista (CIPRIANO *et al.*, 2015). Dessa forma, os possíveis tratamentos avaliados neste estudo foram a quimioterapia, a radioterapia e a mastectomia.

Diante desta abordagem, a presente revisão de literatura teve como objetivo apresentar, de forma clara e sucinta, o manejo do câncer de mama em gestantes, evidenciando as opções terapêuticas mais indicadas.

MÉTODO

O presente estudo é uma revisão de literatura científica do tipo integrativa. Para a pesquisa dos artigos foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, Google Acadêmico e Scielo. As palavras-chaves utilizadas como descritores foram "câncer de mama", "gestação" e "tratamento". Diante dos resultados, foram excluídos os artigos que não se relacionavam com o tema, abordando pacientes não gestantes, e os publicados há mais de sete anos, incluindo-se então, os artigos com intervalo de publicação entre os anos de 2013 e 2020. Além disso, estudos com língua portuguesa e inglesa foram selecionados para realização desta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento do câncer no período gestacional demanda cautela e irá depender de inúmeros fatores, destacando o tipo de neoplasia, a idade gestacional e o estadiamento da doença. Com isso, cada mulher deve ser avaliada de forma individualizada, pois não há como aplicar um único protocolo a todos os casos de cânceres durante este período. Nesse sentido, a conduta adotada deve preconizar e garantir a atenção ao binômio mãe-filho, levando em consideração o risco-benefício, garantindo assim uma maior sobrevida aos envolvidos, restringindo os riscos de evolução da doença materna e resguardando a viabilidade fetal (LIMA *et al.*, 2019a; RODRIGUES *et al.*, 2016).

O Ministério da Saúde afirma que o melhor tratamento para as gestantes com câncer de mama é a mastectomia, sendo indicada tanto a cirurgia radical quanto a conservadora, no qual ambas podem ser realizadas em qualquer fase gestacional com prejuízo mínimo ao desenvolvimento do feto (LIMA *et al.*, 2019a; RODRIGUES *et al.*, 2016).

A revisão de literatura de outros dois artigos analisados demonstrou que a gestão cirúrgica do câncer de mama durante a gravidez é similar à de pacientes não grávidas, podendo com segurança serem submetidas à cirurgia conservadora da mama, sendo a primeira linha de escolha. Deve-se considerar as alterações fisiológicas maternas e os riscos para o desenvolvimento do feto, já que a cirurgia no primeiro trimestre não é recomendada devido ao possível efeito teratogênico dos anestésicos usados, e já no terceiro trimestre existe risco de trabalho de parto e parto prematuro devido ao estresse causado pela cirurgia. Dessa forma, o momento mais seguro para a realização da mesma é durante o segundo trimestre (SILVA *et al.*, 2018; SHACHAR *et al.*, 2017).

Com relação à quimioterapia, sua dosagem deve ser a mesma de não grávidas e baseia-se no cálculo da área de superfície corporal real antes de cada ciclo de tratamento. Essa terapêutica neoadjuvante pode contribuir para a cirurgia conservadora da mama ser viável e dar tempo para a

paciente tomar uma decisão cirúrgica. O início do tratamento deve ser no segundo trimestre e finalizado no terceiro, pois o risco de abortamento existe quando a quimioterapia é realizada no primeiro trimestre e pode favorecer parto prematuro e baixo peso do nascituro quando feita a partir da 35ª semana (SHACHAR *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2019b; RODRIGUES *et al.*, 2016).

Em relação as medicações mais utilizadas na quimioterapia, destaca-se que todas são consideradas classificação D na gestação, sendo os esquemas terapêuticos mais indicados: 5-fluorouracil, doxorrubicina ou epirrubicina e ciclofosfamida; ou doxorrubicina mais ciclofosfamida. Nesse sentido, evidencia-se a possibilidade de malefícios ao feto quando feita quimioterapia no primeiro trimestre de gestação, com malformações congênitas em 10 a 20% dos conceptos. No entanto, tal tratamento demonstrou-se relativamente seguro a partir do segundo trimestre. As terapias anti-HER2 com trastuzumabe, pertuzumabe e lapatinibe não são apropriadas durante a gravidez ou amamentação. O trastuzumabe, anticorpo monoclonal que tem como alvo o HER2/neu, foi relacionado durante a gravidez a oligodrâmnio e síndrome de oligodrâmnio, manifestando-se como hipoplasia pulmonar, anormalidades esqueléticas, insuficiência renal e morte neonatal. Por fim, em relação ao uso de taxanos, não foram observadas diferenças significativas de resultados maternos ou perinatais com seu uso (MONTEIRO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2018; SHACHAR *et al.*, 2017).

Em comparação com os tratamentos a cada três semanas em pacientes não grávidas, a quimioterapia com dose densa teve resultados melhores. Além disso, deve-se interromper o tratamento quimioterápico por volta de três a quatro semanas antes do parto a fim de evitar o nadir hematológico, que pode causar complicações infecciosas ou hemorrágicas (SHACHAR *et al.*, 2017).

Além disso, outra opção terapêutica é a radioterapia, entretanto, esta irá depender da idade gestacional e da dose administrada. Sempre que possível, a mesma deve ser adiada para o período pós-parto, visto que durante a implantação do ovo (um a 14 dias), o uso radioterápico pode ocasionar a morte do blastocisto; na fase da organogênese (duas a 12 semanas), a radioterapia pode provocar malformação ou aborto, ou seja, o efeito teratogênico, em especial na 4ª e na 8ª semana. Enquanto isso, na fase de crescimento (12 a 40 semanas) a radioterapia pode levar a lesões oculares, microcefalia, retardo de crescimento e alterações de comportamento e cognição (LIMA *et al.*, 2019a; RODRIGUES *et al.*, 2016).

Em outro estudo, a gravidez foi considerada uma contraindicação absoluta ao uso de radioterapia devido aos seus efeitos teratogênicos e letais ao feto. Como essa terapia utiliza um agente cancerígeno conhecido, existe uma preocupação quanto a indução de malignidade em fetos expostos, sendo que a mais comumente associada é a leucemia. Dessa forma, esta terapêutica fica postergada para após o término do tratamento sistêmico que dura em média seis meses, não interferindo assim no período gestacional (SILVA *et al.*, 2018).

Por fim, foi constatado na análise de um artigo que a radioterapia pode causar malformação fetal, mas pode ser utilizada no tratamento do câncer de mama durante a gestação, se for usada com cuidado, ajustando-se a dose e não a direcionando para a pelve ou o abdome, utilizada no primeiro e segundo trimestre, quando o feto está mais longe da área irradiada. No entanto, alguns autores relatam que ela não é indicada, principalmente no primeiro trimestre, devido a malformação fetal. Já a quimioterapia em gestantes com tal neoplasia deve ser feita em doses iguais às das pacientes não grávidas, mas deve-se ressaltar que os quimioterápicos causam risco para a formação do feto. Por fim, a cirurgia, quando possível, é o tratamento indicado para essas gestantes, sendo que a

quadrantectomia, mastectomia e a linfadenectomia causam um risco mínimo ao feto, mas não nulo, pois a anestesia pode levar a complicações, dependendo do momento da gestação. Por isso, ter o suporte de uma equipe multidisciplinar é primordial tanto para a mãe como para o feto (CIPRIANO *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

Portanto, a partir da análise dos artigos, observou-se a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama em gestantes durante o pré-natal para um melhor prognóstico, além da necessidade de avaliar cada paciente de forma individualizada, levando em consideração o risco benefício. Constatou-se através dos estudos que constituem a presente revisão de literatura, que a intervenção cirúrgica, tanto radical, bem como conservadora, obteve maior sucesso no tratamento da neoplasia em questão, trazendo menor prejuízo ao binômio mãe-filho. A quimioterapia foi indicada como um tratamento neoadjuvante à cirurgia, em que a realização de ambas é recomendada durante o segundo trimestre pela maior segurança, evitando complicações na gestação. Já a radioterapia não foi indicada durante a gravidez devido a seus efeitos teratogênicos ao feto. Sendo assim, para minimizar os riscos materno-fetais, as decisões terapêuticas devem ser feitas considerando o tipo e o estágio do tumor, a idade gestacional e a vontade da paciente e da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CIPRIANO, P. *et al.* Gestação e câncer de mama: proposta de guia de orientações. *Fisioterapia Brasil*, v. 16, p. 13, 2015.
- LIMA, A.C.V. *et al.* Enfrentamento da mulher com diagnóstico de câncer no período gestacional. *Revista Vita et Sanitas da Faculdade União Goyazes*, v. 13, p. 128, 2019a.
- LIMA, B.C. *et al.* Câncer de mama na gestação: um relato de caso. *Revista Científica de Saúde do Centro Universitário de Belo Horizonte*, v. 12, p. 18, 2019b.
- MONTEIRO, D.L.M. *et al.* Câncer de mama na gravidez e quimioterapia: revisão sistemática. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 59, p. 174, 2013.
- MONTEIRO, D.L.M. *et al.* Fatores associados ao câncer de mama gestacional: estudo caso-controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2.361, 2019.
- RODRIGUES, C.M.O. *et al.* Repercussão do tratamento das neoplasias durante a gestação. *Revista Ciências da Saúde Nova Esperança*, v. 14, p. 67, 2016.
- SHACHAR, S.S. *et al.* Multidisciplinary management of breast cancer during pregnancy. *The Oncologist*, v. 22, p. 324, 2017.
- SILVA, K.M. *et al.* Câncer de mama na gestação: abordagem diagnóstica e terapêutica. *ACTA Médica*, v. 39, p. 61, 2018.

67

CONTROLE DE QUALIDADE NO PARTO HUMANIZADO COMO ESTRATÉGIA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

FILIAÇÃO

¹ Tecnóloga em Gestão Hospitalar pela Faculdade Inspirar, Curitiba- Pr.

² Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Docente na Faculdade Inspirar, Curitiba-PR.

³ Enfermeira, Mestre em Bioética. Docente na Faculdade Inspirar, Curitiba-PR.

AUTORES

ELOISE LOBO DE ASSIS BORGES CRUZ¹
DAISY MARIA SILVA CHIARELLI VALLIM²
LYSLIAN J. ALVES MOREIRA³

Palavras-chave: Controle de qualidade; Parto humanizado; Administração hospitalar.

INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o puerpério constituem experiências muito significativas e marcantes a todos os envolvidos. É esperado que estas etapas ocorram naturalmente de forma segura e humanizada, principalmente livre de traumas e intervenções desnecessárias. No entanto, histórica e culturalmente, o parto tem passado por alterações acerca do seu manejo por parte da medicina obstétrica, dos demais profissionais envolvidos, da própria gestante e do ambiente onde este ocorre.

Até o final do século XIX, a maioria dos partos eram realizados por parteiras no domicílio, pois as maternidades não ofereciam adequada segurança às parturientes (TANAKA, 1995; BRENES, 1991). No entanto, as mudanças expressivas neste cenário ocorreram a partir do século XX com a institucionalização e medicalização do parto em hospitais públicos e privados. Esta forma de assistência ao parto passou a ser submetida à rotinas e técnicas intervencionistas que, por vezes, desrespeitam a fisiologia deste processo, o desejo e o corpo da parturiente (BRASIL, 2001).

Houve um crescimento exponencial de mulheres que aderiram à cesariana pela praticidade em programar a data do nascimento ou por medo de sentir dor no parto natural, mas também por traumas decorrentes de complicações ou maus-tratos vividos anteriormente ou de seu conhecimento, ocorridos no ambiente hospitalar. Fato que computa as altas taxas de cesariana no país, cerca de 56,9% no ano de 2015, sendo que 80% delas foram realizadas no setor privado (TESSER *et al.*, 2015; BRASIL, 2015; 2005a).

Vale ressaltar a importância da mulher ser avaliada por profissionais capacitados durante todo pré-natal, parto e puerpério, a fim de identificar as possíveis complicações e conduzi-la para um parto seguro, seja ele natural ou cesáreo e, evitar a mortalidade materna. Entretanto, nos anos

de 1996 a 2018, o Brasil registrou 38.919 mortes maternas, das quais 67% ocorreram por complicações obstétricas diretas. As causas diretas decorreram por doenças de base ou desenvolvidas durante a gestação, parto ou puerpério, por exemplo, a hipertensão arterial, hemorragia, infecção puerperal e o aborto. A mortalidade por causas indiretas é oriunda de doenças circulatórias, respiratórias, infecciosas e parasitárias com destaque para a AIDS (1.108 mortes). O racismo contra mulheres de cor negra e parda, as complicações por intervenções desnecessárias, iatrogenias e omissões no tratamento também contribuem para o aumento da mortalidade materna (AQUINO & BERALDO, 2020).

Outro dado importante diz respeito ao recém-nascido, pois mesmo quando não há identificação prévia das possíveis complicações, os pediatras observam que 1 em cada 10 neonatos necessitam de suporte respiratório após o nascimento. Fato que pode ser fatal fora do ambiente hospitalar se não houver o manejo rápido e adequado (BRASIL, 2012).

No século XXI, a frequência com que foram relatadas experiências traumáticas nos partos hospitalares fez com que a terminologia “violência obstétrica” ganhasse destaque nas discussões de saúde pública. Esta forma de violência afeta as dimensões física, moral e psicoemocional da mulher e podem ocorrer durante a assistência na gestação, parto, puerpério ou aborto (TESSER *et al.*, 2015; DINIZ *et al.*, 2015). De acordo com Lansky *et al* (2019), uma em cada quatro mulheres, no Brasil, relatam ter sofrido maus-tratos no momento do parto.

Importantes estudos realizados no Brasil e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) identificaram os maus-tratos mais frequentes no momento do parto como: a falha na comunicação e interação entre a equipe profissional e a gestante; negligência profissional; discriminação (etnia, idade, classe social); violência verbal e física; condições inadequadas para a assistência (estrutural ou de material), procedimentos desnecessários (episiotomia, infusão endovenosa de ocitocina, posição litotômica, manobra de Kristeller) (LANSKY *et al.*, 2019; OMS, 2014).

Trata-se de um problema de saúde pública que ganha força à medida que são realizadas práticas intervencionistas equivocadas ou abusivas por parte de alguns profissionais de saúde que, por vezes, submetem a parturiente e o neonato a experiências desnecessárias, dolorosas, inseguras e traumatizantes (LEAL *et al.*, 2014).

Neste contexto, o presente estudo problematizou a forma ineficaz com que a comunicação e a interação interpessoal se estabelecem, bem como as condições insatisfatórias de recursos e da estrutura física da maioria dos hospitais que prestam atendimento ao parto e puerpério imediato. A pergunta motivadora deste estudo foi de como avaliar a qualidade na assistência ao parto hospitalar.

A temática se justificou porque na maioria dos hospitais os leitos de pré-parto são dispostos muito próximos uns dos outros, separados apenas por uma cortina ou biombo sem dar privacidade à parturiente para expressar sua dor, choro, gritos ou deambular livremente. Também pelos casos de abuso ou falha no processo de comunicação e interação por parte da equipe de saúde, bem como o descumprimento da Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005) que assegura à mulher o direito de ter um acompanhante de sua escolha no processo de parto e puerpério (BRASIL, 2005b).

Assim, o presente estudo objetivou apresentar o controle de qualidade no processo de assistência ao parto como estratégia de administração hospitalar e humanização. Partiu-se do pressuposto de que, o controle de qualidade empregado na forma com que o atendimento ao processo de parto hospitalar é prestado contribui para o planejamento, monitoramento e gestão dos recursos necessários para uma assistência segura, competente e humanizada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa e de abordagem qualitativa. A busca por referenciais bibliográficos ocorreu entre março a junho de 2020, na base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) com os descritores: controle de qualidade *and/or* sala de parto *and* administração hospitalar.

Os critérios de seleção foram: artigos na íntegra sobre a temática, publicados no período de 2010 a 2020, nos idiomas português, espanhol e inglês. Os critérios de exclusão foram os artigos em duplicidade, que não estavam na íntegra ou que não atenderam aos objetivos do estudo. Posteriormente a este levantamento, cinco artigos atenderam aos critérios de inclusão e, portanto, foram submetidos à leitura com profundidade para extrair as informações necessárias para a coleta de dados.

Os aspectos éticos na pesquisa foram respeitados conforme as determinações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/12, que estabelece as normas relacionadas à pesquisa envolvendo seres humanos e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016; 2013a).

Os resultados foram apresentados no quadro 1, posteriormente agrupados por similaridade e dispostos nas categorias: “Controle de qualidade e melhoria contínua dos processos de trabalho” e “Ambiência, tecnologia e comunicação na promoção da segurança e da qualidade assistencial”. As evidências foram discutidas com base na Política de Humanização na Gestaçã, Parto e Puerpério do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Os resultados foram apresentados no quadro 1, agrupados por evidências e discutidos em duas categorias.

Quadro 1. Resultados da coleta de dados

Título do artigo	Autores, Revista/ano	Evidências
A quality improvement project to reduce hypothermia in preterm infants on admission to the neonatal intensive care unit	YIP, W.Y. <i>et al.</i> International Journal for Quality in Health Care, 2017.	<ul style="list-style-type: none">Gerenciamento de recursos e processos de trabalho.Qualificação profissional.Redução de complicações (hipotermia no neonato) devido a forma de assistência.
A Quality Improvement Initiative to Reduce the Need for Mechanical Ventilation in Extremely Low Gestational Age Neonates	TEMPLIN, L. <i>et al.</i> American Journal of perinatology, 2017.	<ul style="list-style-type: none">Protocolo de avaliação e atendimento ao prematuro extremo para reduzir riscos respiratórios.Melhoria da qualidade de atendimento pela identificação e manejo das situações clínicas predisponentes.
Interdisciplinary simulation-based training to improve delivery room communication	DADIZ, R. <i>et al.</i> Simulation in Healthcare, 2013.	<ul style="list-style-type: none">Práticas simuladas de comunicação interdisciplinar e para com a parturiente.Melhora da comunicação e da assistência prestada.Redução de complicações e da mortalidade.
Nursing peer review of late deceleration recognition and intervention to improve patient safety	DAVIS, J. <i>et al.</i> Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nurs (2013).	<ul style="list-style-type: none">Segurança do paciente.Melhoria de processos para a qualidade.Gerenciamento de custos.Conhecimento específicos da medicina em paralelo à administração.

The relations hip between birth unit design and safe, satisfying birth: developing a hypothetic al model

FOUREUR, M. *et al.*
Midwifery (2010).

- Influência da ambiência sobre o estresse da parturiente e da equipe.
- Segurança do paciente é prejudicada quando os protocolos não são atendidos.
- Importância da comunicação efetiva e relação interpessoal.
- Novos processos de cuidado.

DISCUSSÃO

Controle de qualidade e melhoria contínua dos processos de trabalho

Os artigos analisados discutiram formas de melhoria contínua dos processos assistenciais por meio de protocolos eficientes ou do gerenciamento adequado dos serviços, visando a segurança e a qualidade no processo de parto com maior destaque para o atendimento ao neonato. O estudo demonstrou ainda que, ao aliar o conhecimento científico ao gerenciamento assistencial, por meio de tecnologias e da padronização de processos, é possível detectar possíveis complicações e intervir de maneira efetiva. Consequentemente, diminuindo o risco de complicações e de mortalidade materna e neonatal. Além de promover condições para a acomodação e a assistência segura, resolutiva e acolhedora a tríade mãe-bebê e de seu acompanhante.

A eficiência dos processos administrativos e assistenciais, focada no modelo de cuidado humanizado, serve como uma estratégia de marketing no mercado de saúde trazendo rentabilidade à instituição hospitalar, fidelização e satisfação das clientes. Para tal, o setor de maternidade deve pautar suas ações no acolhimento às gestantes, aos recém-nascidos e seus familiares/visitantes. Também estimular a autonomia e o autocuidado da puérpera, preparando-a para os cuidados com o bebê após a alta hospitalar.

Nesta perspectiva, quando respeitado o plano de parto, este se mostra como uma primeira estratégia de satisfação da gestante frente à assistência prestada e, consequentemente, serve como um marcador de qualidade para o hospital. Este documento é legalmente reconhecido e recomendado pela OMS, devendo ser elaborado em conjunto com a gestante no decorrer do pré-natal, conforme o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

O plano de parto retrata o poder de autonomia da gestante, dispondo informações acerca do que ela deseja e daquilo que consente ou não durante o atendimento no processo de parto e nos cuidados com o bebê. Considera ainda, as condições clínicas maternas e do neonato, as técnicas intervencionistas possíveis, a disponibilidade de recursos humanos, estruturais e insumos, bem como outros fatores que podem interferir neste processo. Contudo, apesar de todas estas informações estarem contidas no plano de parto, fica a critério da equipe médica elencar quais condutas propiciam maior segurança e integridade ao binômio mãe e bebê.

Para garantir a excelência dos serviços e certificar as instituições, muitas empresas se submetem à auditorias para identificar os pontos que necessitam de ajustes objetivando a melhoria, a segurança e a competitividade no mercado. Assim, o gerenciamento da qualidade se mostra como uma ferramenta que possibilita a análise minuciosa dos processos operacionais realizados na instituição. Visto que, permite identificar as possíveis falhas e direcionar a adequada tratativa das mesmas, diminuindo os riscos e refletindo na satisfação dos clientes (OLIVEIRA, 2014).

De encontro ao exposto, propõe-se ao gestor/administrador gerenciar a qualidade do serviço por meio da matriz de SWOT. Para Chiavenato (2013), esta ferramenta de análise permite identificar os pontos fortes, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças existentes para a instituição se manter competitiva e se desenvolver no mercado. A matriz SWOT, aplicada no âmbito dos serviços de saúde contribui para a previsão e provisão de recursos, o planejamento de correções e adequações nos processos de trabalho e na assistência prestada, diminuindo prejuízos em médio ou longo prazo. Isso aumenta as possibilidades de crescimento e permite ao administrador a possibilidade de planejar, monitorar e tomar decisões mais seguras e estratégicas, baseadas em indicadores.

Algumas estratégias de gerenciamento da produtividade e da qualidade podem ser: a contratação, integração e acolhimento dos profissionais na instituição; a ambientação, orientação e treinamento supervisionado do colaborador pelo gestor da unidade; a existência de uma comissão de acompanhamento permanente que assegure o cumprimento dos protocolos de assistência humanizada e qualificada à mulher; a organização do trabalho e revisão periódica das rotinas; a educação continuada dos profissionais do setor e a geração de indicadores para a avaliação de desempenho e implementação de planos de ação. A elaboração de indicadores norteia a definição de metas, a implementação e o monitoramento de ações com foco na segurança e na qualidade do serviço prestado, bem como no cuidado humanizado e embasado cientificamente.

Ressalta-se que, para o atendimento deste público nas maternidades, o modelo de administração deve direcionar a sua atenção para além da gestão do serviço, mas também voltar suas práticas para as relações humanas. A importância do acolhimento e responsabilidade dos profissionais em resposta às diferentes emoções e situações vividas pelas mulheres na gestação, parto, puerpério e aborto tem resposta direta no alcance de práticas humanizadas e qualificadas. Para a efetividade deste processo é essencial que haja uma cultura de humanização com o engajamento dos profissionais e a adoção de boas práticas de cuidado à tríade mãe, bebê e acompanhante.

Para a implantação efetiva de boas práticas de atendimento, o Ministério da Saúde recomendou o Manual de tecnologias apropriadas para o parto e nascimento, no ano de 1985, objetivando a assistência segura e qualificada, além da redução da mortalidade materna (ANDRADE & LIMA, 2014).

Com o intuito de redesenhar o modelo assistencial e de gestão dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual preconiza a valorização do profissional; o respeito aos direitos e à autonomia do usuário; o conforto, a segurança e funcionalidade dos ambientes e a qualidade na assistência prestada. É o que difere o conceito hospitalar tradicional para o atendimento humanizado e integral (BRASIL, 2013b).

Outra iniciativa originada da PNH em parceria com as áreas estratégicas de atenção à criança, à mulher e ao aleitamento materno é a humanização da assistência à criança e à mulher no ciclo gravídico, aborto e puerpério. Desta concepção de cuidado surgiu o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais (2009), norteador dos processos de trabalho e a implementação da Rede Cegonha, em vigência desde 2011 com vistas à redução da morbimortalidade materno-infantil, a humanização e qualificação da assistência prestada em saúde (BRASIL, 2014).

Algumas práticas de cuidado materno-infantil na rede pública de saúde são: o acolhimento e a classificação do risco/vulnerabilidade; o acompanhamento pré-natal e pós-parto, bem como da criança até o segundo ano de vida; a valorização do Enfermeiro obstétrico; a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. No processo de parto, assegura a Lei do Acompanhante; a elaboração do plano de parto; a inserção de doulas; a adoção de técnicas assistenciais humanizadas

e não farmacológicas para o alívio da dor e o incentivo ao parto natural. Algumas técnicas humanizadas são: o banho terapêutico, a massagem relaxante, a aromaterapia, o escalda pés, a musicoterapia, os exercícios; as oficinas/cursos para as gestantes e familiares; a educação em saúde no puerpério e nos cuidados com o bebê (BRASIL, 2014).

No entanto, diversas situações limitam a execução das ações preconizadas pela Política de Humanização do Parto, Puerpério e Nascimento nos ambientes hospitalares. Dentre elas destacam-se: a pluralidade cultural, os diferentes contextos sociais, as relações de poder, as falhas na comunicação e interação por parte dos profissionais, a padronização de rotinas que desconsideram a singularidade da mulher, a indisponibilidade de recursos humanos capacitados, de equipamentos e insumos; as condições insatisfatórias dos ambientes; o posicionamento e o preparo do gestor para lidar com os fatos apresentados.

Um serviço organizado e comprometido promove condições favoráveis às práticas humanizadas de atendimento ao parto e puerpério. Contudo, se faz necessário a responsabilização governamental e institucional para estabelecer e monitorar um controle de qualidade sobre as práticas adotadas na atenção ao processo de parto e puerpério, garantindo o cumprimento das recomendações da PNH.

Ambiência, tecnologia, comunicação e vínculo na promoção da segurança e da qualidade assistencial

Nos artigos analisados, identificou-se a influência das condições estruturais e do aparato tecnológico na assistência hospitalar à gestante e ao neonato. Segundo a recomendação da Cartilha de Ambiência da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, os espaços físicos dos serviços de atenção à saúde devem ser acolhedores, funcionais, seguros e respeitar a privacidade do paciente. No que tange aos aspectos estruturais e tecnologias em saúde para o atendimento ao parto e nascimento, é preciso atentar para que o ambiente não seja hostil e com rotinas engessadas que impeçam a mulher de expressar suas necessidades e emoções ou de fazer escolhas (BRASIL, 2014; 2013b).

É notável que, a precariedade na infraestrutura e escassez de recursos humanos, tecnológicos e insumos compromete a qualidade e a segurança do cuidado, o conforto e a satisfação da tríade mãe-bebê e acompanhante. Por outro lado, há fatores que contribuem com o modelo de atendimento humanizado como: equipe multiprofissional com capacidade técnica e humana para delimitar e implementar o plano de cuidados; o estabelecimento da interação e da comunicação de forma adequada; reuniões frequentes para a discussão de melhorias; a definição de fluxos e rotinas guiadas principalmente pelas reais necessidades apresentadas pela gestante, puérpera e neonato.

O estudo evidenciou o impacto da comunicação e da interação estabelecidas sobre o trabalho multiprofissional, na postura profissional acerca das condutas prescritas e realizadas; na segurança e satisfação pelo cuidado realizado à gestante e ao neonato. Um dos estudos utilizou a técnica de simulação para avaliar e desenvolver a habilidade comunicacional e relacional dos profissionais de saúde entre si e com a paciente. O desfecho foi a melhora da comunicação e da relação que refletiu na diminuição de riscos assistenciais, na promoção do trabalho integrado da equipe e na satisfação da paciente.

No que concerne ao processo comunicacional e de relação interpessoal, o modelo Biomédico tradicionalmente adotado pelos hospitais, interfere na fisiologia natural do parto e no exercício da

autonomia da gestante acerca das técnicas empregadas sobre seu próprio corpo frente à indicação da equipe de saúde. Este modelo de assistência supervaloriza as técnicas intervencionistas, muitas vezes desnecessárias, ao invés das relações humanas, visando principalmente a produtividade, o lucro ou a oportunidade de aprendizado acadêmico.

Constatou-se ainda que, a estrutura física aliada ao desinteresse de alguns profissionais em dar suporte psicoemocional, técnico e educativo à gestante e seu acompanhante são fatores que contribuem para a ocorrência da violência institucional/obstétrica (BRASIL, 2014). A violência no processo gravídico e puerperal se configura de diferentes formas e que nem sempre são identificadas pela mulher que se encontra em situação de maior vulnerabilidade. Alguns exemplos são as frases de coação ou pejorativas ditas pelos profissionais, as técnicas realizadas de forma desnecessária, indelicada, não consentidas ou sem o devido esclarecimento. Outros exemplos são: a aceleração do processo natural do parto com medicação; a banalização da dor e demais queixas da gestante; iatrogenias por falha na avaliação e indicação de condutas, por exemplo, a realização de episiorrafia/episiotomia ou as lacerações perineais que podem comprometer a vida sexual e as eliminações vesicointestinais da mulher (BRASIL, 2014).

Há também a pressão e a interferência dos fatores socioeconômicos, culturais, psicoemocionais e do modelo Biomédico sobre a autonomia da gestante no processo de decisão acerca de condutas a serem realizadas ou não no seu corpo e com o neonato. Todas estas motivações impactam direta ou indiretamente na qualidade de vida das mulheres, nos desejos e na experiência da gestação, parto e puerpério.

Frente ao exposto, ressalta-se a necessidade de estabelecer condições para a interação e o diálogo entre a equipe de saúde e a gestante, a promoção de sua autonomia nas decisões de forma orientada e compartilhada, a mitigação da morbimortalidade materno-infantil e o controle de qualidade nas práticas de atenção ao parto, puerpério e nascimento.

CONCLUSÃO

Atendendo ao objetivo deste estudo, o controle de qualidade pode ser implementado aos serviços prestados à gestante em processo de parto como uma estratégia de administração hospitalar e humanização. Constatou-se ainda que, o gerenciamento de fluxos e rotinas de trabalho, a adequada comunicação e interação pessoal aliada à disponibilidade de recursos contribuem para a qualidade e a segurança assistencial ao binômio mãe e bebê. Assim, confirmou-se a hipótese de que, o controle de qualidade utilizado para avaliar o atendimento prestado no processo de parto hospitalar contribui para o planejamento, monitoramento e a gestão dos recursos necessários para uma assistência segura, competente e humanizada.

O enfrentamento das dificuldades na implantação e implementação de ações preconizadas pela Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento precisa de gestores/administradores que quebrem paradigmas e adotem uma cultura de humanização institucional. Requer ainda, posturas humanizadas desempenhadas por cada profissional nas atividades diárias, bem como a administração e o controle de qualidade sobre os serviços prestados em saúde.

Diante destes argumentos, propõe-se ao administrador, gestor e demais profissionais da área hospitalar a adoção de boas práticas, o estabelecimento do vínculo seguro e a clareza nas informações dadas à gestante para que esta possa se expressar e tomar decisões orientadas.

Consequentemente, diminuir ou até eliminar a ocorrência de violência institucional/obstétrica, promovendo o cuidado qualificado, seguro e humanizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE M. & LIMA J. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS. v. 4, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 1 jun. 2020.

AQUINO, V. & BERALDO, N. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher. 28 maio de 2020. *In*: Brasil, Ministério da Saúde. Agência Saúde. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-reduziu-8-4-a-razao-de-mortalidade-materna-e-investe-em-acoes-com-foco-na-saude-da-mulher>. Acesso em: 29 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Publicada no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde DATASUS, 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos Humaniza SUS. v. 4, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 1 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução do CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no DOU nº 112, quinta-feira, 13 de junho de 2013 - seção 1, páginas 59-62. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 13 de junho de 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS. 1ª. ed., Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Presidência da República. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 17 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, século XIX. Cadernos de Saúde Pública, v. 7, p. 135, 1991.

CHIAVENATO, I.S.A. Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações. 1. ed., 13º tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

DADIZ, R. *et al.* Interdisciplinary simulation-based training to improve delivery room communication. *Simulation in Healthcare*. v. 8, p. 279, 2013.

DAVIS, J. *et al.* Nursing peer review of late deceleration recognition and intervention to improve patient safety. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nurs.* v. 42, p. 215, 2013.

DINIZ, S.G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. *Journal Of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 25, p. 377, 2015.

FOUREUR, M. *et al.* The relations hip between birth unit design and safe, satisfying birth: developing a hypothetic al model. *Midwifery*, v. 26, p. 520, 2010.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2811, 2019.

LEAL M.C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 517, 2014.

OLIVEIRA, R.M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 18, p. 122, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Declaração da Organização Mundial da Saúde, n. 4, 2014. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1. Acesso em: 15 mai. 2020.

TANAKA, A.C.d'A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. Monografia apresentada na Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo (USP). *Revista Saúde em Debate*, v. 84, p. 107, 1995.

TEMPLIN, L. *et al.* Quality improvement initiative to reduce the need for mechanical ventilation in extremely low gestational age neonates. *American Journal of Perinatology*, v. 34, , p. 759, 2017.

TESSER, C.D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, p. 1, 2015.

YIP, W.Y. *et al.* A quality improvement project to reduce hypothermia in preterm infants on admission to the neonatal intensive care unit. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 29, p. 922, 2017.

68

CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE FEMINICÍDIO NO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO ÚLTIMO TRIÊNIO (2016-2018)

FILIAÇÃO

¹ Graduação em Enfermagem pela Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios/AL.

² Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas, campus Arapiraca/AL.

³ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas, campus A C Simões, Maceió/AL.

AUTORES

MARCELA PORANGABA LOPES¹

CARLA SOUZA DOS ANJOS²

LUCAS KAYZAN BARBOSA DA SILVA³

Palavras-chave: Epidemiologia; Homicídio; Violência Contra a Mulher.

INTRODUÇÃO

A violência é definida pela Organização Mundial de Saúde como a utilização de força física ou poder, contra si próprio, outra pessoa ou comunidade na prática ou em forma de ameaça que promova sofrimento, privação, dano psicológico ou ao desenvolvimento e até mesmo a morte, sendo a última consequência motivo de maior preocupação da atualidade (ROMIO *et al.*, 2017).

O Brasil destaca-se entre os países com maiores índices de violência, especificamente contra mulheres, sendo considerado uma das sociedades mais machistas e violentas de todo o globo, em que a desigualdade de gênero e a baixa aceitação dos direitos femininos são fortes fatores que levam ao aumento do número de óbitos do gênero feminino. Assim, optou-se por criar um termo específico, que independe do contexto sociopolítico ao qual a vítima esteve inserida, para enfatizar as altas taxas de mortes de mulheres, passando a ser classificada como feminicídio (RABELO *et al.*, 2019).

De acordo com a Lei do Feminicídio (nº. 13.104) promulgada no ano de 2015, o feminicídio é compreendido como o homicídio qualificado de mulheres, sendo adicionado ao *hall* de crimes hediondos, pois tirando-lhe a vida também há violação dos seus direitos, e com essa modificação a pena passa a ser de 12 a 30 anos de reclusão, conforme o art. 121, § 2º do Código Penal Brasileiro (LEAL *et al.*, 2019).

Vale destacar que, o feminicídio engloba diversas situações violentas em âmbitos diferentes, sendo classificadas, em alguns estudos, em duas categorias: feminicídio indireto, ligado a morte por causas reprodutivas como aborto e complicações, parto e puerpério, que são atreladas, possivelmente, a falta ou ineficácia do atendimento e procedimentos a saúde materna; e o feminicídio direto, que se relaciona as agressões, suicídios, causas indeterminadas e demais violências.

Assim, há o total de três grandes grupos específicos: reprodutivo, sexual e doméstico, que em conjunto são considerados um grave problema de saúde e motivo de discussão sociopolítica em todo país, com destaque para a região Nordeste, a qual possui o maior prevalência e incidência de casos de homicídio feminino (ROMIO *et al.*, 2017 e LEAL *et al.*, 2019). Diante disso, este estudo tem por objetivo identificar o perfil epidemiológico do feminicídio no Nordeste brasileiro.

MÉTODO

Trata-se de um levantamento epidemiológico, ecológico e transversal utilizando os dados secundários disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) disponível na aba de estatísticas vitais e de mortalidade no endereço eletrônico do Departamento de Informática de Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS).

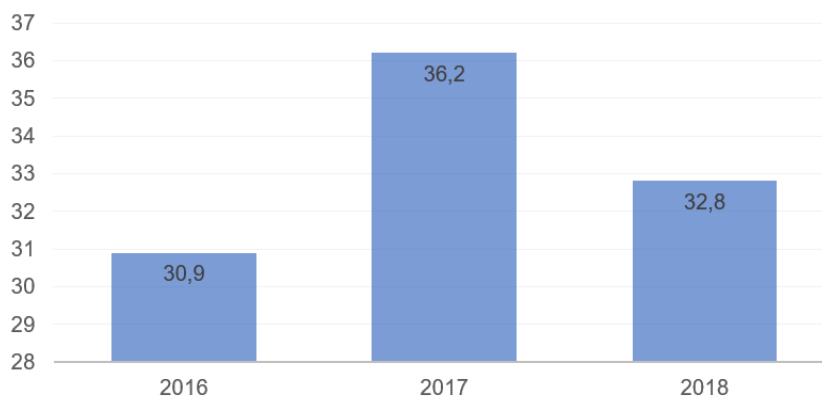
Tendo em vista que há uma falta de especificidade acerca do termo “feminicídio” nesse sistema, optou-se por considerar todos os óbitos femininos devido as agressões como um marcador médio para pesquisa, variando entre o intervalo X85-Y09 do capítulo 10 da Classificação Internacional de Doenças, método descrito também em outros estudos epidemiológicos sobre a temática. Desse modo, acrescentaram-se como variáveis: ano, unidade federativa, categoria, local de ocorrência, faixa etária, raça, escolaridade e estado civil.

Após a obtenção dos dados foram realizados cálculos de taxa de frequência utilizando planilhas eletrônicas para facilitar a análise estatística e em seguida a interpretação dos resultados obtidos. Adicionalmente, para ampliar a visão da pesquisa, realizou-se uma busca na base de dados SciELO e com isso foram selecionados três artigos publicados a partir do ano de 2017 para construir um embasamento científico e comparação dos dados de outras pesquisas a respeito do tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que o Nordeste possui o total de 4.892 óbitos por feminicídio, o que corresponde a uma taxa de 34%, levando a região ao maior índice quando comparada as demais regiões do país durante o triênio estudado. Conforme o Gráfico 1, torna-se evidente a taxa ascendente dos casos de feminicídio de 2016 a 2017, sendo o ano de 2017 o de maior índice, com cerca de 36% e queda significativa no ano seguinte de 2018.

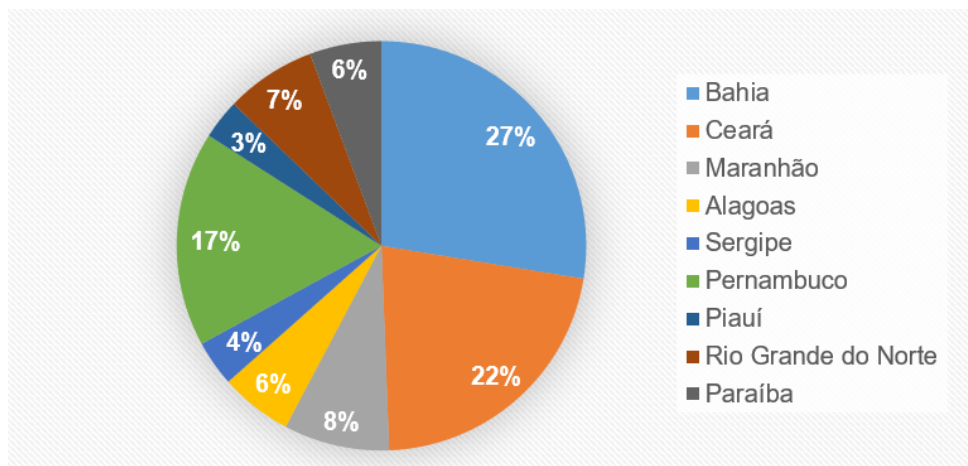
Gráfico 1. Percentual do feminicídio no Nordeste brasileiro de acordo ao ano



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2020.

No que tange aos estados, observa-se a Bahia e o Ceará com as maiores taxas durante o período estudado, sendo, respectivamente cerca de 27% e 21,8% (Gráfico 2). De forma semelhante ao estudo de Rabelo *et al.* (2019), o estado da Bahia é o local que apresenta o maior número de casos na região Nordeste em mulheres vítimas de homicídio.

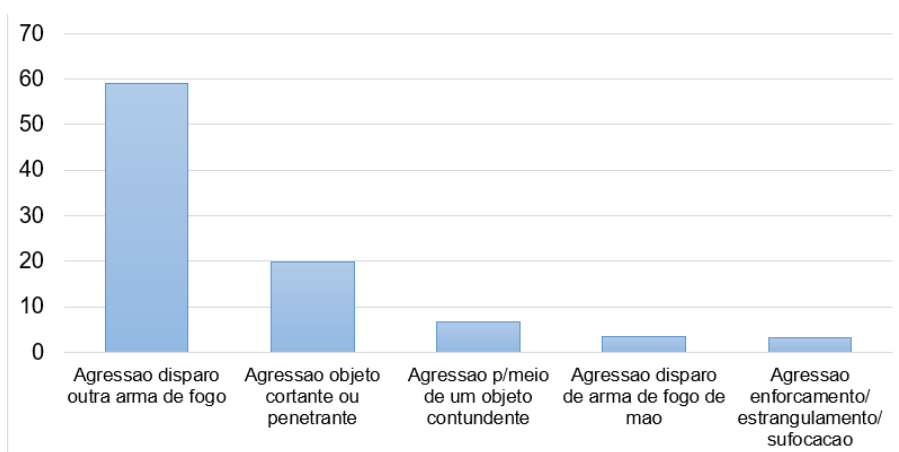
Gráfico 2. Distribuição do feminicídio no Nordeste Brasileiro do último triênio de acordo com a unidade federativa



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2020.

Em relação as categorias das agressões, têm-se arma de fogo responsável por cerca de 59% dos casos, sendo o responsável principal por óbitos em mulheres nordestinas, em seguida, os objetos cortantes e/ou penetrantes com 20%. Ademais, apesar da taxa ser menor, os objetos contundentes, arma de fogo de mão (menor calibre) e as situações envolvendo enforcamento/estrangulamento são fatos preocupantes, visto o fácil acesso aos objetos e a prática, observado no Gráfico 3.

Gráfico 3. Distribuição das principais causas de feminicídio no Nordeste do Brasil do último triênio (2016-2018) de acordo as categorias do capítulo 10 da Classificação Internacional de Doenças

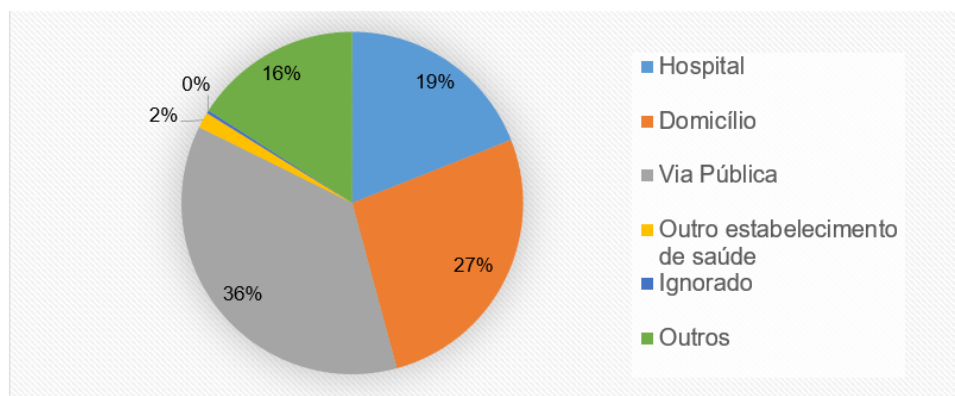


Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2020.

Referindo-se ao local de ocorrência, destaca-se a via pública com 36,5%, bem como, o domicílio da vítima em 27% dos casos (Gráfico 4). Notou-se também que 53% ocupam a faixa etária

entre 20 a 39 anos e em 79% são pardas, 33,5% destas possuíam ensino fundamental incompleto e, cerca de 70% encontravam-se solteiras, como descreve a Tabela 1.

Gráfico 4. Distribuição do feminicídio no Nordeste brasileiro do último triênio (2016-2018) diante da perspectiva do local de acontecimento



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2020

Tabela 1. Distribuição do feminicídio no Nordeste brasileiro conforme a idade, etnia, escolaridade e estado civil em número absoluto e percentual durante 2016 a 2018

Principais taxas de cada variável (idade, etnia, escolaridade e estado civil) socioeconômica do feminicídio no Nordeste brasileiro do último triênio (2016-2018)		
Idade	Total	Percentual (%)
20-39 anos	2.593	53
40 a 49 anos	969	19,8
Etnia		
Parda	3.888	79,4
Branca	545	11,1
Escolaridade		
Fundamental incompleto	1.640	33,5
Ignorado	1.172	23,9
Estado civil		
Solteira	3.440	70
Casada	504	10,3

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2020.

CONCLUSÃO

O Nordeste mantém-se como a região com maior taxa de feminicídio, o que pode ser associado a forte cultura local do patriarcado. Além disso, é evidente que a baixa escolaridade afeta diretamente nos casos, visto que a educação torna as mulheres capazes de reconhecer seus direitos e identificar as violações, tornando possível a prevenção de uma consequência fatal. Dessa forma, cabe ao poder público estreitar as relações entre saúde, educação e segurança pública por meio de estratégias voltadas ao combate do feminicídio como os cuidados voltados aos fatores biopsicossociais da mulher vítima de violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEAL, S.D.P. *et al.* Femicídio no estado do rio de janeiro, brasil (2018): perfil da vítima e dados epidemiológicos. Revista Interdisciplinar Pensamento Científico, v. 5, p. 117, 2019.

RABELO, D.P. *et al.* Incidência da Violência contra a Mulher e a Lei do Femicídio. Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, v. 1, p. 71, 2019.

ROMIO, J.A.F. *et al.* Femicídios no Brasil, uma proposta de análise com dados do setor de saúde. 215 f. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2017.

69

IMPLICAÇÕES DO DISTANCIAMENTO SOCIAL NA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UM ESTUDO REFLEXIVO-TEÓRICO

FILIAÇÃO

¹ Professora Associada, Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI.

² Mestra em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI.

³ Estudante de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI.

⁴ Enfermeira, Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI.

⁵ Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI.

⁶ Professora Titular, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

AUTORES

MARCIA ASTRÊS FERNANDES¹

DANIELLE MACHADO OLIVEIRA DE MOURA²

JOÃO GABRIEL RIBEIRO DOS SANTOS³

LETÍCIA VIANA DOS SANTOS³

AMANDA ALVES DE ALENCAR RIBEIRO⁴

ROSA JORDANA CARVALHO⁵

**NICOLE MARIA BRANDIM DE MESQUITA
ALENCAR²**

AGOSTINHO ANTÔNIO CRUZ ARAÚJO³

SANDRA CRISTINA PILLON⁶

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Isolamento Social; COVID-19.

INTRODUÇÃO

O isolamento social recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como forma de diminuir o avanço do número de casos contaminados pela Covid-19, doença provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), propiciou o surgimento de diversos fatores estressantes e de circunstâncias de agravamento da saúde física e mental (OMS, 2020a). Dentre esses fatores, destaca-se a violência contra a mulher, que se apresenta de variadas formas dentro do ambiente doméstico e cuja ascensão nesse período tem sido alarmante.

A violência contra a mulher configura-se como um fenômeno global e importante no cenário de saúde pública e pode ser entendido como a ação ou omissão baseado no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (VIANA *et al.*, 2018; BRASIL, 2006). Essa forma de violência pode resultar em lesões e sérios problemas de saúde física, mental, sexual e reprodutiva, incluindo infecções sexualmente transmissíveis, HIV, gravidez não planejada, e, em casos extremos, morte da vítima (OMS, 2020).

Destaca-se ainda que a violência pode ser sofrida por mulheres dos mais variados níveis de escolaridade e que, muitas vezes, a notificação ou denúncia só é feita por aquelas que apresentam uma escolaridade mais elevada. Em contrapartida, a violência física, psicológica e sexual associa-se significativamente à baixa escolaridade (ROSA *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2020). Segundo

dados do relatório *Global Rapid Gender Analysis for Covid-19* (SUÍÇA, 2020), os impactos causados pela pandemia afetam a vida das mulheres e dos homens de forma diferente, e grande parte disso se deve aos diferentes papéis que são atribuídos com base no gênero e que se perpetuam na sociedade ao longo dos tempos. De forma geral, com relação ao trabalho não remunerado, as mulheres realizam cerca de três vezes mais do total de horas trabalhadas em comparação ao trabalho não remunerado realizado pelos homens.

Em meio ao isolamento social, as mulheres podem apresentar responsabilidades adicionais, como cuidar dos filhos e dos afazeres domésticos de forma exacerbada, com divisão de tarefas de forma desigual, o que as propicia uma sobrecarga de trabalho. Além disso, a presença frequente do homem dentro de casa aumenta o controle em relação a vida financeira da mulher e, o pouco contato desta com familiares e amigos, reduzindo as possibilidades de busca por ajuda (VIEIRA *et al.*, 2020). Ademais, a ausência de possibilidades de trabalho informal devido à pandemia e os anseios e inseguranças por ela provocados, propiciam à mulher uma maior dependência financeira do marido, fato este que dificulta a realização de denúncia e o rompimento da situação de violência sofrida.

A partir desses elementos surgiu a motivação para realizar o presente estudo que objetivou refletir sobre a violência contra a mulher durante o período de distanciamento social imposto como medida de contenção da Covid-19.

MÉTODO

Trata-se de um estudo narrativo, de metodologia reflexivo-teórica, iniciado a partir das discussões ocorridas em reuniões científicas do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Trabalho (GEPSAMT-CNPq/UFPI), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI. Para tanto, realizou-se a análise de publicações que abordaram o tema proposto por meio de revisão narrativa realizada por meio de consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os dados coletados na literatura recente foram dispostos em três categorias distintas para melhor disposição das informações pertinentes ao tema.

A categoria I, “O fenômeno da Violência contra a Mulher no Brasil”, foi composta por dados majoritariamente brasileiros sobre o tema, de forma a se compreender e contextualizar o fenômeno da violência contra a mulher de forma geral, discorrer acerca dos fatores associados ao perfil da vítima e dos perpetradores da violência doméstica acometida contra o gênero feminino no nosso país, avaliar suas prevalências e apresentar dados estatísticos a nível nacional, estadual e municipal acerca das notificações por violências diversas disponibilizadas em fonte do Ministério da Saúde.

Na categoria II, “Isolamento Social pela pandemia de Covid-19 e os reflexos sobre a violência doméstica”, sintetizaram-se produções científicas e dados estatísticos que revelam o aumento da violência contra a mulher no momento atual de distanciamento social, bem como uma possível subnotificação dos casos. E por fim, na categoria III, traz-se as “Estratégias para redução da violência doméstica”, no Brasil e no exterior, a fim de criar propostas de políticas públicas eficientes e viáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fenômeno da violência contra a mulher no Brasil

A violência contra as mulheres se caracteriza como grave violação dos direitos humanos e atinge mulheres de qualquer faixa etária, etnia, classe social e grau de escolaridade. Independentemente de quando, como ou onde, sua ocorrência tem muitas consequências negativas em potencial para a sua saúde e de seus filhos (OMS, 2020b; BRASIL, 2020a). Algumas dessas consequências estão relacionadas aos impactos advindos das violências psicológica, física e sexual perpetradas por parceiro íntimo que, em intensidades menor ou severa, relacionam-se de diferentes formas aos sintomas de transtornos mentais comuns. As mulheres vítimas de abuso físico sem ou com sequelas, independente do grau de seriedade, apresentaram maiores chances de desenvolver sintomas de humor depressivo ansioso (SANTOS & MONTEIRO, 2018).

Tais atitudes contra a qualidade de vida das mulheres apresentam, infelizmente, altas taxas de ocorrência no Brasil. Em pesquisa observacional transversal, realizada em uma maternidade de alto risco de um hospital-escola vinculado ao Sistema Único de Saúde da cidade de Vitória, Espírito Santo, Brasil, com 302 puérperas que estiveram internadas no período de junho a setembro de 2016, cerca de 43% de toda a amostra já havia vivenciado maus tratos. Cerca de 7,6% sofreu violência física nos 12 meses anteriores às entrevistas e 4,6% durante a gravidez, as quais tiveram como principal perpetrador o marido ou ex-marido, em 39,1% e 35,7% dos casos, respectivamente (FIOROTTI *et al.*, 2018).

Outra investigação, de caráter epidemiológico, realizada com dados sobre a violência contra a mulher no município de Vitória, Espírito Santo, no período de março a setembro de 2014, apontou predomínio de, principalmente, violência psicológica ao longo da vida, cuja prevalência alcançou 57,6% das 991 mulheres atendidas em Unidades de Saúde, cenário da pesquisa. A violência física ao longo da vida foi reportada por 39,3%, seguida pela violência sexual ao longo da vida relatada por 18% da amostra. Em relação ao uso de substâncias psicoativas, as mulheres fumantes e aquelas com histórico de uso de outras drogas apresentaram maior prevalência de violência física, sendo 34% e 64%, respectivamente (SANTOS *et al.*, 2020).

Outro estudo realizado com 30 mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que estavam ativas no sistema Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, mostrou que a maior prevalência de violência esteve presente naquelas de maior escassez econômica e de ensino. A pesquisa ainda constatou a gravidade dessa problemática entre a população não cisgênero que, embora em número reduzido, as mulheres trans participantes da amostra apresentaram o maior índice de violência (PIUCHI *et al.*, 2020).

Lamentavelmente, a violência contra a mulher se constitui um fenômeno presente em suas vidas, inclusive no período gestacional. Nesse sentido, Fiorotti *et al.* (2018) apresentaram o perfil sociodemográfico em que as prevalências de maus tratos foram estatisticamente maiores em mulheres com idade entre 31 a 43 anos, que tiveram três ou mais gestações, com frequência 60% maior de violência entre as evangélicas quando comparadas às católicas. O tipo de agressão mais presente consistiu no tapa e empurrão e a área mais afetada do corpo foi a cabeça.

Em relação ao perfil do parceiro íntimo agressor, de 938 mulheres vítimas de violência psicológica e física, o delito esteve mais prevalente entre aquelas cujos parceiros tinham até oito anos de estudo, sem ocupação, usuário de drogas (lícitas ou ilícitas), considerados pela companhia

como ciumentos ou controladores, e com histórico de recusa ao uso de preservativo durante as relações sexuais. Quanto à violência sexual, a frequência foi maior entre aquelas cujos parceiros tinham idade superior a 40 anos, desocupados, fumantes e negligentes ao uso de preservativo (LEITE *et al.*, 2019).

Sob a ótica do profissional de saúde frente à ocorrência dessa problemática, estudo qualitativo, descritivo, realizado com 24 profissionais das Unidades de Saúde da Família de um município do interior baiano, revelou que as percepções acerca da violência doméstica contra a mulher foram compreendidas apenas sob a dimensão física e psicológica. E mostraram preocupação em relação aos impactos da violência psicológica sobre a saúde mental das vítimas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

As falas dos participantes evidenciaram serem comuns as formas de violência acontecerem, concomitantemente, tanto por meio de xingamentos, quanto fisicamente, em que muitas vezes o agressor acaba agredindo as(os) filhas(os), o que ressalta, assim, a independência da faixa etária para a ocorrência da violência contra a mulher. Essa forma de associação mencionada da violência física com a psicológica foi referida pelos participantes como, geralmente, fruto de uma discussão em que o homem não respeita o espaço da mulher. Corroborando com o estudo de Leite *et al.* (2020) a pesquisa supracitada também apontou, por meio dos relatos coletados, como fatores preditores de violência física e/ou doméstica, o uso de substâncias psicoativas pelo autor dos atos, assim como o ciúme por eles sentido (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Em relação aos dados epidemiológicos, a Tabela 1 sumariza os números notificados da violência doméstica, sexual e outras formas de violência no Brasil, Piauí e Teresina, registrados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no período de 2016 a 2018.

Tabela 1. Frequência da violência doméstica, sexual e outras formas de violência entre o sexo feminino no triênio 2016-2018

Região\Ano	2016	2017	2018
Brasil	175.899	220.559	252.668
Piauí	2.337	2.449	2.629
Teresina	1.076	1.046	1.146

Fonte: DATASUS, 2020.

Conforme se pode perceber, ocorreu aumento progressivo da violência quando comparadas as notificações registradas em 2016 com as de 2018, a nível nacional, estadual e municipal, com destaque para o aumento de aproximadamente 43,6% das notificações de violência entre indivíduos do sexo feminino no nosso país entre 2016 e 2018 (DATASUS, 2020).

Quando comparadas as notificações entre os sexos, nota-se que as relativas ao masculino foram numericamente inferiores às do sexo feminino, e, assim, configuram-se como o dobro das notificações entre no sexo feminino, no período analisado, nos três níveis: nacional, estadual e municipal. Quanto à cidade de Teresina – PI, essa diferença foi quase três vezes maior, visto que foram notificados 388 casos de violência doméstica, sexual e outras formas de violência entre o sexo masculino, ao passo que 1.146 notificações foram registradas entre o sexo feminino (DATASUS, 2020).

Isolamento Social pela pandemia de Covid-19 e os reflexos sobre a violência contra mulher

Os fatores de risco às violências doméstica e familiar incluem uma série de itens, dentre os quais se destacam a ausência de rede de serviços de saúde e proteção social bem estruturada e integrada; pouca consciência de direitos; histórico de violência familiar; transtornos mentais; uso abusivo de álcool e/ou de drogas; dependência afetiva e econômica; presença de padrões de comportamento muito rígidos; exclusão do mercado de trabalho, além do isolamento social (BRASIL, 2020a). Em relação ao isolamento evidenciado nos últimos tempos em consequência da pandemia, constatou-se que a própria residência, muitas vezes, não se constitui em um lugar seguro, visto que se exacerbou a problemática da violência doméstica. Fica explícito que, permanecer em casa diariamente na companhia do agressor torna a mulher mais vulnerável às situações de violência física e psicológica.

Nessa perspectiva, informações divulgadas pela Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ONDH) do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) revelam que o número de denúncias registradas pelos serviços do Disque 100 e Ligue 180 apresentou crescimento de 40,4% no mês de abril, mês em que o isolamento social foi mais defendido, comparado ao mês de março (BRASIL, 2020b). Ainda sobre isso, a OMS aponta as mulheres deslocadas, migrantes ou refugiadas e aquelas que vivem em áreas afetadas por conflitos, além das mulheres idosas e aquelas com deficiência, como particularmente em maior risco de violência e susceptibilidade à violência durante o isolamento pela Covid-19 (OMS, 2020b), o que chama a atenção para necessidade de maior preocupação com esse público e sua inclusão efetiva nas ações estratégicas de enfrentamento da questão.

Outra informação relevante é fornecida pelo Monitor da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher no Período de Isolamento Social do Instituto de Segurança Pública (ISP), que mostrou que de 13 de março a 30 de setembro, houve queda no número de registros de ocorrências na Polícia Civil comparado ao mesmo período de 2019 e o número de ligações para o Disque Denúncia sobre “Violência contra Mulher” também reduziu (-21,9%), enquanto que o Serviço 190 da Polícia Militar apresentou aumento na quantidade de ligações sobre “Crimes contra a Mulher” (11,6%), na mesma comparação de datas. Ainda houve aumento do percentual de ocorrências em residência. A Violência física teve aumento de percentual de 59,9% em 2019 para 65,4% em 2020, enquanto que a Violência sexual, uma variação de 58,5% em 2019 para 66,6% em 2020 (ISP-RJ, 2020). Esses dados levam a crer que a presença constante do agressor no domicílio inibe as mulheres a registrar queixas e denunciá-lo.

Destaca-se ainda que, antes da instauração do panorama atual, dados coletados entre janeiro e julho de 2017 no Brasil, já salientavam serem baixos os índices de denúncias policiais a respeito da violência contra mulheres, desencadeado pela baixa escolaridade, aliada ao difícil acesso às políticas de segurança e de proteção, a falta de informação e recursos, assim como também já era baixíssima a procura aos serviços de saúde, assim como pequena a procura pelo SUS pelas vítimas dessa violência (PIUCHI *et al.*, 2020).

Nesse sentido, durante o período de isolamento provocado pela pandemia, se por um lado ocorre o aumento do número de casos, o que torna a situação da violência doméstica mais agravante durante a pandemia, por outro lado, os serviços de saúde, assistência social e até mesmo de segurança pública apresentam uma redução na sua procura, que encontra na situação de saúde

pública atual um novo fator, o medo de contágio pelo vírus (VIEIRA *et al.*, 2020) ou, talvez, pelo cerceamento imposto pelo agressor. Nesse sentido, ISP (2020) alerta que é extremamente importante reforçar que a redução nos números de registros não sinaliza necessariamente a diminuição da problemática, mas sim, indica para a possibilidade de subnotificações.

Assim, reconhece-se o distanciamento social como medida eficaz contra a disseminação da Covid-19. Contudo, frente às evidências de agravamento dos casos de violência doméstica diante desse contexto, reforça-se a necessidade de implementação de estratégias específicas voltadas para a prevenção da violência doméstica e o incentivo à denúncia por parte das mulheres.

Estratégias para redução da violência doméstica

Pelo exposto, o distanciamento social, aliado a outros fatores, potencializa o risco para violência contra a mulher. Desse modo, urge a implementação dos fatores protetivos que corroborem para diminuição das chances desse risco. Assim, destaca-se como boas estratégias o bom relacionamento familiar; fortes vínculos afetivos; apoio e suporte social de pessoas e instituições; busca por ajuda de outras pessoas ou de profissionais competentes na área; perseverança para enfrentar obstáculos; autoestima elevada; capacidade de sustentar a si mesma e à sua família; relações de trabalho harmoniosas e consciência das garantias dos direitos (BRASIL, 2020a).

Cita-se também, a criação pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) do aplicativo Direitos Humanos BR e do *site* ouvidoria.mdh.gov.br, plataformas digitais que servirão como meios de divulgação e denúncias de casos de violência doméstica, por qualquer pessoa, por meio do envio de fotos, vídeos, áudios e outros documentos. Esses canais poderão ser acessados nos endereços disque100.mdh.gov.br e ligue180.mdh.gov.br (VIEIRA *et al.*, 2020; BRASIL, 2020b), bem como o fortalecimento das redes de apoio, a capacitação dos profissionais que atuam diretamente na linha de prevenção à violência, a garantia de atendimento ininterrupto e eficaz dos canais de denúncias (ligue 180, disque 100 e 190) e ampliação de campanhas publicitárias que enfatizem as diferentes formas de violência contra a mulher e a importância da denúncia (MARQUES, 2020).

Na condição de equipamento com atendimento humanizado e integrado às mulheres em situação de violência se qualifica A Casa da Mulher Brasileira, onde estão presentes diferentes serviços especializados que atendem aos mais diversos tipos de violência contra as mulheres, entre eles: acolhimento e triagem, apoio psicossocial, delegacia especializada, serviço de promoção de autonomia econômica, espaço de cuidado das crianças, além de Juizado especializado em Violência Doméstica e Familiar contra as Mulheres. Em seguida, as Casas-Abrigo, descritas como locais seguros que oferecem abrigo temporário, protegido e integral às mulheres em situação de violência doméstica e familiar, sob risco de morte iminente, e a seus filhos (BRASIL, 2020c).

Ainda tomam espaço nessa rede de enfrentamento os Núcleos de Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEMs), Defensorias Públicas Estaduais Especializadas voltadas para o atendimento qualificado e especializado da mulher em situação de violência doméstica e familiar, que oferecem assistência jurídica integral acompanhada de atendimento psicossocial. Em paralelo, as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMs ou DDMs), denominadas unidades especializadas da Polícia Civil que realizam ações de prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência contra as mulheres (BRASIL, 2020c).

Consoante com as estratégias já expostas, mas destacando-se como uma ferramenta de democratização do acesso à informação pelas mulheres, estão as Unidades Móveis de Atendimento à Mulher. São ônibus especialmente desenvolvidos para o trânsito fora de estrada, adaptados para o atendimento às mulheres do campo, áreas rurais, assentamentos e aldeias indígenas. Desenvolvem atividades como palestras informativas e rodas de conversa sobre violência contra a mulher e Lei Maria da Penha, campanhas preventivas, atendimento individual, além do recebimento de denúncias (BRASIL, 2020c).

Haja vista o papel que a informação detém para quebra do ciclo vicioso da violência, torna-se crucial que essas mulheres sejam orientadas e integradas em redes de apoio, a fim de auxiliar no processo de resgate de suas autonomias com vistas à emancipação dentro dos lares, de modo que esse fortalecimento e reflexão sobre sua condição de vida e perspectiva de futuro não as deixe perpetuar reiteradamente novas ocorrências de violência (NASCIMENTO *et al.*, 2019). Já no cenário internacional, pode-se evidenciar a atuação do Kaiser *Permanent's Family Violence Prevention Program*, no norte da Califórnia, que utiliza o *telehealth* para avaliar a saúde mental das mulheres e fazer perguntas diretas sobre algum tipo de violência que elas possam estar sofrendo através de perguntas do tipo “sim ou não” para que elas se sintam seguras para relatar sua situação atual sem que sejam ouvidas ou sem que seus agressores levantem suspeitas de que estão sendo denunciados (ZERO & GEARY, 2020).

Na Espanha, o governo foi proativo no enfrentamento da violência contra a mulher e lançou algumas ferramentas com essa finalidade como declarar como serviço essencial todos aqueles que prestam assistência à mulheres nessa situação, com funcionamento 24h; apoio jurídico, social e psicológico por meios não presenciais; o envio de mensagem de alerta ou localização geográfica para as *Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado*; elaboração de dois materiais educativos, um voltado para as vítimas acerca dos serviços protetivos e outro voltado para a população em geral para que denunciem esses casos e forneçam apoio a elas; atendimento psicológico gratuito e imediato por Whatsapp® por números disponibilizados pelo *Ministerio de Igualdad*; caso os abrigos de acolhimento de mulheres vítimas de violência doméstica estejam lotados, elas devem ser acolhidas em alojamentos turísticos; inclusão do *Botón SOS* no aplicativo *AlertCops* que permite as mulheres e aos prestadores de serviço de saúde a acionar discretamente as *Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado* (RUIZ-PÉREZ & PASTOR-MORENO, 2020).

Por fim, destaca-se que o compartilhamento das informações acerca destes veículos digitais de ajuda à vítima de Violência contra a Mulher entre a população e encorajamento das vítimas é essencial, devendo ser amplamente divulgadas, por em meios de comunicação online, a exemplo das redes sociais, considerando o distanciamento social.

CONCLUSÃO

A violência contra a Mulher no Brasil está relacionada a uma série de fatores de risco, sociodemográficos e protetivos, relacionados ao perfil das vítimas, assim como, ainda antes do atual período que se tem vivenciado no mundo, possuía altas prevalências, baixa procura pelos serviços de denúncia e de saúde, afetando a saúde física, mental e psicológica de muitas mulheres por todo o país, de aumento visualmente progressivo no estado do Piauí e na capital Teresina.

O distanciamento social, imposto como medida adotada contra o agravamento da pandemia de Covid-19 criou condições propícias para a piora de um quadro que já se encontrava em agravo,

e a concomitante diminuição dos serviços de ajuda à mulher nestas condições pode estar alertando para uma provável subnotificação dos casos, que pode ter sua causa na constante presença do agressor (evidenciado na literatura ser o parceiro íntimo na maioria dos casos), unida ao medo de se dirigir aos serviços protetivos e de saúde por medo da contaminação pelo SARS-Cov-2.

Por fim, chama-se a atenção para a implementação de políticas públicas voltadas à prevenção e proteção da mulher dentro da sociedade, levando em conta os fatores de risco relacionados às características da vítima e agressor, assim como capacitar ainda mais os profissionais de saúde pública para que melhor possam identificar todos os tipos possíveis de violência contra a mulher e orientar aquelas que buscam pelos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm>. Acesso em: 8 mai. 2020.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. Coronavírus: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena [Internet]. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos: Brasília, 2020b. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena>>. Acesso em: 08 mai. 2020.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. Enfrentando a violência doméstica e familiar contra a mulher. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos: Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/cartilha-auxilia-mulheres-no-enfrentamento-a-violencia/Cartilhaenfrentamento_QRCODE1.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres. Cartilha: Mulheres na Covid-19. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos: Brasília, 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/cartilha-orienta-mulheres-durante-a-pandemia-do-coronavirus/mulherescovid19_Alterado_corrigeo.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Doenças e Agravos de Notificação - 2007 em diante (SINAN). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29892332&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/viole>>. Acesso em: 29 out. 2020.

FERREIRA, P.C. *et al.* Caracterização dos casos de violência contra mulheres. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 14, e243583, 2020.

FIOROTTI, K.F. *et al.* Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 27, e0810017, 2018.

ISP. Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro. Monitor da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher no Período de Isolamento Social, Rio de Janeiro, RJ, 2020. Disponível em: <<http://www.ispvisualizacao.rj.gov.br/monitor/#>>. Acesso em: 29 out. 2020.

LEITE, F.M.C. *et al.* Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, e190056, 2019.

MARQUES, E.S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, e00074420, 2020.

NASCIMENTO, V.F. *et al.* Desafios no atendimento à casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama*, v. 23, p. 15, 2019.

OLIVEIRA, G.L. *et al.* Violência doméstica contra a mulher na percepção das equipes da estratégia saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, v. 12, p. 850, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Coronavirus disease (COVID-19): Violence against women. Geneva: 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-violence-against-women>>. Acesso em: 29 out. 2020.

_____. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 16 March 2020. Geneva: 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>>. Acesso em: 11 dez. 2020.

PIUCHI, V.F.A. *et al.* Violência de gênero, viés social e drogas. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 14, e243345, 2020.

ROSA, D.O.A. *et al.* Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. Saúde em Debate, v. 42, p. 67, 2018.

RUIZ-PÉREZ, I. & PASTOR-MORENO, G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. Gaceta sanitaria (Barcelona. Ed. impresa), 2020.

SANTOS, A.G. & MONTEIRO, C.F.S. Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 26, e3099, 2018.

SANTOS, I.B. *et al.* Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1935, 2020.

SUÍÇA. Global Rapid Gender Analysis for Covid-19 [Internet]. Care International / International Rescue Committee; 2020. Disponível em: <<https://www.rescue.org/sites/default/files/document/4676/globalrgacovidrmdm33120final.pdf>> Acesso em 7 mai. 2020.

VIANA, A.L. *et al.* Violência contra a mulher. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 12, n. 4, p. 923-929, 2018.

VIEIRA, P.R. *et al.* Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, e200033, 2020.

ZERO, O. & GEARY, M. COVID-19 and Intimate Partner Violence: A call to action. Rhode Island Medical Journal (2013), v. 103, p. 57, 2020.

70

PRÉ-ECLÂMPسيا E SUAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico(a) do Curso de Medicina da Faculdade de Minas de Belo Horizonte – FAMINAS-BH, Belo Horizonte, MG.

² Acadêmico(a) do Curso de Medicina da Pontifca Universidade Católica de Betim – PUCMG, Betim, MG.

AUTORES

ANA CAROLINA DE OLIVERIRA FILARDI¹

ANA TEREZA TEIXEIRA TAVARES¹

ANTÔNIO MASCARENHAS OLIVEIRA¹

BRUNO MIALARETT BORJA¹

FERNANDA JARDIM GRIPP²

HENRIQUE FIGUEIREDO SILVA¹

JULIA PIMENTA GOMES¹

LAILA MAMERI PIRES¹

LETÍCIA PEREIRA MENDOÇA¹

LEONARDO PEREIRA MELO¹

MARIA FERNANDA DE OLIVEIRA FILARDI¹

PRISCILA NOGUEIRA RODRIGUES¹

SOFIA SILVA E SOUZA¹

Palavras-chave: Pré-eclâmpسيا; Síndrome HELLP; Eclâmpسيا.

INTRODUÇÃO

A Pré-Eclâmpسيا (PE) e suas principais complicações, como a Síndrome HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets*) e a eclâmpسيا, são um conjunto de doenças clínicas e hipertensivas específicas da gestação. Este grupo de patologias representa uma das maiores causas de mortalidade materna e perinatal no Brasil no contexto da obstetrícia, tendo, em média, uma incidência variável de, aproximadamente, 0,5 a 1% entre as gestantes do país. Além disso, estas também são importantes no ponto de vista da saúde pública, uma vez que podem causar limitações definitivas na saúde materna e graves efeitos tanto para o feto, quanto para o recém-nascido. Em especial, a PE que é a maior causa de prematuridade no Brasil, por exemplo. Portanto, é vital que os profissionais da saúde tenham todas as informações possíveis disponíveis para a melhor condução destas doenças (PERACOLI *et al.*, 2019; RAMOS *et al.*, 2017).

O objetivo deste estudo foi realizar uma síntese acerca da PE e suas principais complicações, em específico, da Síndrome HELLP e da eclâmpsia, visando atualizar os conhecimentos progressos sobre o tópico.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica do tipo integrativa, empregando artigos disponíveis em texto completo, publicados nos últimos dez anos e disponibilizados nas bases de dados PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Foras utilizados os seguintes descritores: “Pré-eclâmpsia”, “Síndrome HELLP” e “Eclâmpsia”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pré-Eclâmpsia

A PE é uma doença clínica hipertensiva da gestação que pode ser definida pela presença de hipertensão arterial sistêmica, isto é, de duas ou mais medidas de pressão arterial sistólica maior ou igual a 145 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg após a vigésima semana de gestação em gestantes sem diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica somada a proteinúria significativa (acima de 300 mg na urina de 24 horas ou relação albumina/creatinina na urina acima de 0,3 miligrama por grama em uma amostra isolada ou teste reagente da fita positivo em pelo menos duas amostras de urinálise), a disfunções orgânicas materno-fetais (Tabela 1).

As disfunções maternas que se incluem nessa categoria são: trombocitopenia menor que 100 mil células/m³, elevação de transaminases com transaminase oxalacética (TGO) e pirúvica (TGP) acima de duas vezes o limite superior da normalidade, insuficiência renal com aumento da creatinina para mais de 1,1 mg/dL ou duas vezes o limite superior da normalidade, edema agudo de pulmão e alterações neurológicas, como cefaleia, hemiparesia, confusão mental e entre outros. Já em relação às disfunções fetais, há uma certa variação entre os autores, porém a maioria conclui que se incluem nessa categoria a presença de crescimento intrauterino restrito (CIUR), oligodramnio, presença de diástole ausente ou reversa no Doppler de artéria umbilical e cardiocografia não reativa (PERACOLI *et al.*, 2019; SUTTON *et al.*, 2018, BURTON *et al.*, 2020; REDDY & JIM. 2019; RAMOS *et al.*, 2017).

Tabela 1. Disfunções materno-fetais presentes na PE

Disfunções maternas	Disfunções fetais
Proteinúria	CIUR
Trombocitopenia	Oligodramnia
Elevação da TGO e TGP	Alterações no USG Doppler
Elevação da Creatinina	Alterações na Cardiocografia
Edema agudo de pulmão	
Sinais neurológicos focais	

Fonte: RAMOS, J.G.L. *et al.* 2017.

É importante ressaltar que a PE é diferente de outras três patologias clínicas hipertensivas da gestação, as quais são a Hipertensão Arterial Gestacional (HAG), a Hipertensão Arterial Crônica (HAC) e a PE Sobreposta à HAC. A primeira é definida pela elevação isolada da pressão arterial após as vinte semanas de gestação, ou seja, na ausência de proteinúria significativa e de disfunções orgânicas materno-fetais. Já a HAC é definida pelo diagnóstico pré-gestacional ou pelo aparecimento antes das vinte semanas de gestação de hipertensão arterial sistêmica (HAS), isto é, pelo aumento sustentado da pressão arterial para níveis acima de 140 mmHg na pressão arterial sistólica e 90 mmHg na pressão arterial diastólica. Também é importante ressaltar que para ser constatada HAC é necessário que os níveis pressóricos elevados se mantenham por no mínimo doze semanas após o parto ou de período puerperal. Por fim, a última é definida pelo desenvolvimento de PE em mulheres com diagnóstico prévio de HAS ou de HAC (POLI-DE-FIGUEIREDO *et al.*, 2010; PERACOLI *et al.*, 2019; REDDY & JIM, 2019; RAMOS *et al.*, 2017).

A fisiopatologia da PE é marcada por um estado inflamatório sistêmico associado a um desbalanço da angiogênese. Tudo se inicia com o processo de “má placentação” caracterizado por um conjunto de erros da invasão trofoblástica uterina que resultam no aumento da resistência ao fluxo sanguíneo uteroplacentário seguida de hipóxia. Posteriormente, a placenta libera fatores anti-angiogênicos, em especial o SFLT-1 (soluble fms-like tyrosine kinase-1), que agem causando disfunção endotelial de forma sistêmica. Como consequência, instala-se um quadro de múltiplas disfunções orgânicas materno-fetais, como coagulação disseminada com plaquetopenia, anemia hemolítica, vasoespasmos, lesão hepatocelular com aumento das transaminases, lesão glomerular com proteinúria, anormalidades do leito placentário com CIUR e entre outros (SUTTON *et al.*, 2018; DASINGER *et al.*, 2020; BURTON *et al.*, 2020; RAMOS *et al.*, 2017).

Os fatores de risco que aumentam a probabilidade da ocorrência da PE são: nuliparidade, história pregressa ou familiar de PE, idade acima de quarenta anos, síndrome de anticorpo antifosfolípide (SAF), gemelaridade, diabetes mellitus do tipo dois, HAS crônica e obesidade (PERACOLI *et al.*, 2019; SUTTON *et al.*, 2018; MALACHIAS *et al.*, 2016; DASINGER *et al.*, 2020; BURTON *et al.*, 2020; REDDY & JIM, 2019; RAMOS *et al.*, 2017).

O diagnóstico da PE é feito por meio da clínica sugestiva em associação com exames complementares. Durante a anamnese e exame físico deve-se estar atento para sintomas como: aparecimento de hipertensão após a vigésima semana de gravidez, presença de urina espumosa, edema de membros inferiores, ascite e sinais neurológicos focais. Já na propedêutica, com os exames complementares, é vital a solicitação de: hemograma, creatinina sérica, urinálise, relação albumina/creatinina na urina de 24 horas, transaminases pirúvica e oxalacética, ultrassonografia doppler do feto e cardiocotografia (PERACOLI *et al.*, 2019; POLI-DE-FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

A PE pode ser classificada de acordo com sua gravidade, sendo dividida em PE leve ou sem sinais de gravidade e PE grave. A PE leve é definida pelos níveis pressóricos aumentados após a vigésima semana de gestação e pela proteinúria significativa, enquanto a PE grave é definida pela hipertensão após a vigésima semana em associação com pelo menos uma das disfunções materno-fetais na presença ou ausência de proteinúria. Essa é uma classificação importante para o manejo e conduta frente a patologia, uma vez que, quando grave, a PE tem uma maior chance de complicar-se em eclampsia, por exemplo, e requer uma abordagem diferente. É vital delinear que esse é um conjunto de conceitos relativamente novos no contexto da PE, pois trazem a ideia de que é possível a ocorrência de PE sem proteinúria e dão relevância às disfunções orgânicas graves da doença (PERACOLI *et al.*, 2019; MALACHIAS *et al.*, 2016; SUTTON *et al.*, 2018).

Como dito anteriormente, o tratamento e a conduta variam de acordo com a gravidade da PE. Na PE leve ou sem sinais de gravidade, este consiste em acompanhamento ambulatorial semanal a quinzenal com avaliação clínica e complementar, acompanhamento semanal a quinzenal com exames de avaliação da vitalidade fetal, parto por via obstétrica a partir das trinta e sete semanas de idade gestacional. É importante salientar que o uso de anti-hipertensivos na PE, independe da gravidade do quadro, estando relacionado unicamente com os níveis pressóricos da gestante. Desta maneira, o uso destes medicamentos está indicado apenas na presença de pressão arterial acima de 155x105 mmHg, sendo a alfa-metildopa em dosagens de 700 mg a duas gramas por dia, a primeira escolha para o tratamento. Também é essencial salientar que o uso de anti-hipertensivos inibidores da enzima conversora da angiotensina e inibidores do receptor de angiotensina são contraindicados neste contexto. Ademais, é essencial ressaltar que em casos de crises hipertensivas com níveis pressóricos acima de 160x110 mmHg e/ou na presença de sinais PE grave, o medicamento de escolha passa ser a Hidralazina.

Já em relação ao tratamento e conduta da PE grave, as principais medidas são: internação hospitalar imediata com monitorização materno fetal, medidas de estabilização e acompanhamento clínico e complementar, acompanhamento diário a semanal com exames de vitalidade fetal, parto por via obstétrica até 34 semanas de idade gestacional e a terapia endovenosa com sulfato de magnésio. A magnesioterapia é uma modalidade essencial no tratamento da PE grave, uma vez que objetiva prevenir suas principais complicações, como a eclampsia. Os principais esquemas utilizados atualmente são o de Pritchard e de Zuspan (Tabela 2). Concomitante a isso, deve se monitorar eventual redução dos reflexos patelares, da frequência respiratória menor ou da diurese (oliguria), pois esses são sinais importantes de intoxicação por sulfato de magnésio sendo necessário então administrar o Gluconato de Cálcio que irá agir como um eficaz antídoto (PERACOLI *et al.*, 2019; MALACHIAS *et al.*, 2016; SUTTON *et al.*, 2018; POLI-DE-FIGUEIREDO *et al.*, 2010; REDDY & JIM, 2019; RAMOS *et al.*, 2017).

Tabela 2. Principais esquemas de magnesioterapia no tratamento da PE

Pitrichard	Zuspan
Ataque: 4g EV Manutenção: 10g IM	Ataque: 4g EV Manutenção: 1-2 g/h EV BI

Legenda: EV = Endovenoso; BI = Bomba de infusão. g = gramas; h = hora. **Fonte:** PERACOLI *et al.* 2019.

A PE é uma condição que pode ser prevenida por meio do tratamento dos fatores de risco mutáveis e, também, por meio do uso de fármacos que, quando indicados de maneira correta, reduzem o risco de desenvolvimento da condição e de complicações associadas a essa. O ácido acetilsalicílico (AAS) e de cálcio são os dois representantes desta modalidade. O AAS está indicado para gestantes com pelo menos dois fatores de risco de PE e deve ser iniciado antes da décima sexta semana, preferencialmente na décima segunda semana, e deve ser mantido até a trigésima sexta semana ou até o final da gestação. A administração deve ser realizada diariamente, com uma baixa dosagem (100 a 150 miligramas). Já suplementação de cálcio, está indicada para as gestantes com baixa ingestão e com fatores de risco de PE e deve ser iniciada a partir da décima segunda semana na

dose de um a dois gramas por dia. É importante ressaltar que outras intervenções, como o repouso, restrição de sal na dieta, uso de antioxidantes (vitaminas C, E), vitamina D, ômega-3 ou anticoagulantes não tem finalidade preventiva comprovada na PE (MALACHIAS *et al.*, 2016; PERACOLI *et al.*, 2019; RAMOS *et al.*, 2017).

Síndrome HELLP

O termo HELLP refere-se a um acrônimo usado para descrever a condição clínica que leva à hemólise, aumento das enzimas hepáticas e diminuição das plaquetas. É tipicamente observada em pacientes com PE grave, embora possa ocorrer na ausência dessa doença. É uma síndrome multissistêmica que está associada a complicações clínicas graves que podem levar à morte materna e fetal. A frequência da síndrome HELLP varia de 0,5 a 0,9% das gestações. Manifesta-se antes do parto em 70% dos casos e ocorre preferencialmente entre a vigésima sétima a trigésima sétima semana de gestação. Aproximadamente, 30% dos casos de síndrome HELLP ocorrem após o parto, geralmente, até 48 horas, embora alguns demorem até sete dias, nestes casos, o prognóstico é pior (ALOIZOS *et al.*, 2013; DUSSE *et al.*, 2015; RAMOS *et al.*, 2017).

A fisiopatologia da síndrome HELLP, embora seja pouca conhecida, é caracterizada por dano epitelial que causa degradação dos elementos formadores do sangue, principalmente glóbulos vermelhos, seguido de ativação, agregação e consumo de plaquetas, resultando em isquemia distal e necrose hepatocelular. O primeiro dos parâmetros da síndrome HELLP é a hemólise, que é proveniente de uma rápida diminuição no número de eritrócitos resultante de dano celular devido a deposição de fibrina gerada pela lesão endotelial com posterior degradação dos glóbulos vermelhos em contato com a área danificada. O segundo dos parâmetros são enzimas hepáticas elevadas que podem ser reflexo tanto do processo hemolítico quanto do envolvimento do fígado. O próprio processo de hemólise provoca aumento dos níveis de lactato desidrogenase (LDH), por outro lado, o aumento da TGP e da TGO um resultado da lesão hepática. Quando se observa histologicamente esta lesão no fígado, encontra-se uma necrose do parênquima periportal com depósito de fibrina no espaço sinusoidal, que impede o fluxo sanguíneo hepático e prova distensão do fígado. O último dos critérios é a baixa contagem de plaquetas proveniente de um alto consumo. As plaquetas tornam-se ativadas e aderem às células endoteliais vasculares danificadas, aumentando a renovação plaquetária com uma vida útil mais curta (DUSSE *et al.*, 2015).

Atualmente, existem dois sistemas de classificação utilizados para categorizar os pacientes com possível síndrome HELLP, a classificação de Mississippi e do Tennessee (Figura 3). Elas têm como intuito permitir aos profissionais identificar e classificar os pacientes, orientar as intervenções terapêuticas e fornecer uma plataforma sólida de comparação entre clínicas em todo o mundo. A classificação de Tennessee categoriza os pacientes em síndrome HELLP completa e parcial, de acordo com a presença dos seguintes critérios: trombocitopenia; disfunção hepática e hemólise. A síndrome HELLP completa é aquela que apresenta todos os três parâmetros e a síndrome HELLP parcial, apenas um ou dois parâmetros. Já a classificação de Mississippi divide os pacientes em três categorias, categorizando-os de acordo com os valores de plaqueta e enzimas hepáticas contados na triagem laboratorial: classe I, classe II e classe III (ALOIZOS *et al.*, 2013; BRACAMONTE-PENICHE *et al.*, 2018).

Tabela 2. Classificação de Mississippi e de Tennessee da Síndrome HELLP

Classificação	Mississippi	Tennessee
1	Plaquetas < 100.000 células/m ³ TGO > 70 IU/I LDH > 600 IU/I	Plaquetas < 50.000 células/m ³ TGO ou TGP > 70 IU/I LDH > 600 UI/I
2		Plaquetas entre 50.000-100.000 células/m ³ TGO ou TGP > 70 IU/I LDH > 600 IU/I
3		Plaquetas entre 100.000-150.000 células/m ³ TGO ou TGP > 40 IU/I LDH > 600 IU/I

Fonte: ALOIZOS, S. *et al.* 2013.

Os sintomas clínicos típicos de Síndrome HELLP são dor no quadrante superior direito do abdome, dor epigástrica, náuseas e vômitos. Além disso, podem apresentar cefaleia, sintomas visuais, sintomas inespecíficos, sinais sutis de PE ou sintomas semelhantes aos da síndrome viral não específica. O quadro geralmente progride continuamente e sua intensidade muda espontaneamente. A síndrome HELLP é caracterizada por exacerbação durante a noite e recuperação durante o dia. Mulheres com síndrome HELLP parcial apresentam ao menos sintomas e desenvolvem menos complicações do que aquelas com a síndrome completa. No entanto, uma síndrome HELLP parcial ou incompleta pode evoluir para uma forma completa do distúrbio. A reversão parcial ou total da síndrome também pode ocorrer ocasionalmente, embora seja raro (ALOIZOS *et al.*, 2013; DUSSE *et al.*, 2015; RAMOS *et al.*, 2017).

O diagnóstico da Síndrome HELLP consiste na presença da tríade hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. Os testes laboratoriais são de suma importância e devem ser solicitados sempre em casos de PE e eclampsia. Esta triagem laboratorial básica para as gestantes com hipótese de síndrome HELLP constitui-se de hemograma, urinálise, creatinina sérica, LDH, ácido úrico, bilirrubinas e transaminases. Ademais podem ocorrer manifestações de sintomas inespecíficos como náuseas, mal estar, vômitos, ou sintomas específicos principalmente dor epigástrica, dor no quadrante superior direito do abdome, distensão abdominal, consciência alterada, diátese hemorrágica, visão turva e choque hipovolêmico (DUSSE *et al.*, 2015; ALOIZOS *et al.*, 2013; RAMOS *et al.*, 2017).

A síndrome HELLP, assim como a eclampsia, é uma emergência obstétrica que requer atendimento imediato. O tratamento baseia-se na prevenção de complicações hemorrágicas e da eclampsia, controle da hipertensão arterial e indução ao parto que é o tratamento definitivo e, embora o melhor e mais eficiente tratamento da síndrome HELLP seja o desencadeamento do parto, esta não vai ser a melhor conduta em todos os casos. O momento dessa interrupção da gestação vai

depender da gravidade do caso e da idade gestacional da paciente. Nas gestações acima de trinta e quatro semanas, a conduta mais correta é iniciar a indução do parto imediatamente, concomitante ao controle da crise hipertensiva e avaliação do estado fetal através da cardiotocografia basal e/ou perfil biofísico. Já nas gestações com menos de trinta e quatro semanas e que não apresentem complicações graves, como hematoma hepático, plaquetopenia grave e eclampsia, é preciso que se realize a corticoterapia para promover a maturação pulmonar do feto antes que a interrupção da gestação seja necessária.

Pacientes com síndrome HELLP ou com suspeita devem ser transferidas imediatamente em ambulância que tenha a presença de médico salva-vidas para maternidade de referência para que uma melhor abordagem seja oferecida. O controle da pressão arterial destas gestantes será realizado com anti-hipertensivos, em geral a Hidralazina, com doses que variam de 5 até 20 mg. Outros anti-hipertensivos também podem ser usados, como a nifedipino e o nitroprussiato de sódio em casos de refratariedade a terapia anterior ou em casos de emergência hipertensiva. Semelhantemente a PE grave, na síndrome HELLP é fundamental que se previna a ocorrência das convulsões com a administração do sulfato de magnésio por via intravenosa. Já a decisão da melhor via de parto vai depender das condições fetais, idade gestacional e avaliação do colo uterino da paciente. Para gestantes com menos de trinta semanas e ausência de trabalho de parto, recomenda-se cesariana eletiva após o uso do sulfato de magnésio. A cesariana eletiva também será a via de escolha para as gestantes com menos de trinta e duas semanas que tenham fetos com crescimento restrito e alteração do Doppler da artéria umbilical. As outras pacientes podem ser submetidas a indução do parto. Se houver plaquetopenia é recomendável que se faça uma laparotomia mediana infra umbilical para que se diminua o risco de hematomas quando realizado o descolamento aponeurótico.

É imprescindível que o médico se atente a perda sanguínea puerperal e risco de hipotonia uterina nessas pacientes, dessa forma, o uso profilático de ocitocina e misoprostol é bastante eficaz e útil. A transfusão sanguínea e de plaquetas está indicada caso haja sangramento anormal ou trombocitopenia grave com menos de 50 mil células/m³. Cada unidade de concentrado de plaquetas é capaz de elevar as plaquetas em cerca de 5 mil células/m³ em um adulto de 70 kg. O tratamento dessa gestante continua no pós-parto pois pode haver uma piora do quadro clínico decorrente ao alto consumo de fatores de coagulação e plaquetas, sobretudo nas cesáreas. Dessa forma, é preciso que se mantenha o acompanhamento da paciente em unidade de tratamento intensivo com controle laboratorial de plaquetas, LDH, TGO e bilirrubinas e manter controle da pressão arterial. Por fim, os parâmetros que indicam remissão da doença são a normalização da diurese, creatinina, transaminases, plaquetas e queda do LDH (BRACAMONTE-PENICHE *et al.*, 2018; RAMOS *et al.*, 2017).

Eclampsia

A eclampsia é definida pelo aparecimento de convulsões tônico-clônicas convulsões tônico-clônicas generalizadas ou de “grande mal” em gestantes com PE. Embora esta seja uma condição rara, é classificada como uma emergência médica, visto que culmina em um alto risco de morbimortalidade, especialmente, do ponto de vista materno (PERACOLI *et al.*, 2019; MALACHIAS, 2016; REDDY & JIM, 2019).

A fisiopatologia da eclampsia é a mesma da PE, porém em um nível muito mais acentuado e que acomete, principalmente, o sistema nervoso central, resultando no quadro clínico da doença (PERACOLI *et al.*, 2019; REDDY & JIM, 2019).

O quadro clínico da doença é marcado pela presença de abalos musculares bilaterais normalmente acompanhados de perda da consciência, liberação esfíncteriana e de confusão pós-ictal em uma gestante com PE, isto é, com aumento dos níveis pressóricos após a vigésima semana de gestação associada a proteinúria significativa ou a disfunções materno-fetais (PERACOLI *et al.*, 2019; MALACHIAS, 2016; REDDY & JIM, 2019; SUTTON *et al.*, 2018).

Os fatores de risco da eclampsia também são os mesmos da PE, mas é importante ressaltar que estes estão em maior quantidade nesta que na PE (PERACOLI *et al.*, 2019).

O diagnóstico consiste na realização do exame clínico em associação com exames laboratoriais e de imagem. No exame clínico, deve-se atentar ao diagnóstico prévio de PE ou a presença de fatores de risco para PE e a ausência de qualquer comorbidade que justifique, principalmente, o quadro convulsivo, como a epilepsia. Já nos exames complementares, tem-se como principais achados as alterações orgânicas multissistêmicas materno-fetais da PE e a constatação das convulsões generalizadas pelo eletroencefalograma (EEG). Contudo, é necessário ressaltar que o EEG não é obrigatório para o diagnóstico, sendo dispensável para a maioria dos casos (PERACOLI *et al.*, 2019; MALACHIAS *et al.*, 2016).

O tratamento da eclampsia é inteiramente diferente do das outras complicações da PE, como a Síndrome HELLP, visto que, por tratar-se de uma emergência médica materno-fetal, a abordagem terapêutica deve ser rápida e eficaz. Deste modo, em casos de suspeita de eclampsia deve-se proceder, em ordem, com a internação hospitalar imediata com monitorização materno-fetal seguida de medidas de suporte para a estabilização do quadro, como auxílio cardiorrespiratório e tratamento de distúrbios ácido-básicos e/ou hidroeletrólíticos. Em sequência deve-se iniciar a principal medida terapêutica do tratamento de emergência, a qual é a terapia com sulfato de magnésio, uma vez que esta é a única com efetividade importante contra as convulsões graves típicas da doença. É relevante delinear que, embora seja incomum tal necessidade devido à alta efetividade da terapia com magnésio, o uso de anticonvulsivantes para o tratamento da eclampsia pode ser realizado, mas apenas na falha ou refratariedade da conduta anterior. Além disso, é essencial ressaltar que em casos de eclampsia está contraindicada a administração de corticoides para fins de maturação pulmonar fetal, especialmente, devido à alta gravidade da condição materno-fetal. Por fim, o tratamento definitivo é realizado por meio do parto de emergência após a estabilização do quadro, sendo a via deste de indicação obstétrica (PERACOLI *et al.*, 2019; MALACHIAS, 2016; REDDY & JIM, 2019; SUTTON *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

A PE e suas principais complicações são importantes causa de morbimortalidade entre as gestantes, em especial, naquelas com fatores de risco para tais condições. Embora a gênese exata de todas estas ainda não é totalmente conhecida, suas fisiopatologias convergem para alterações placentárias que culminam em disfunções multissistêmicas materno-fetais. A hipertensão arterial é a principal marca de tais condições, estando ligada a diversos sintomas específicos e não específicos. Os exames complementares, sobretudo os laboratoriais, são vitais não só para a propedêutica, mas também para a estratificação de gravidade ou classificação e para o manejo terapêutico de tais

condições. O tratamento farmacológico precoce, o controle dos fatores de risco mutáveis e o acompanhamento médico ambulatorial ou hospitalar é essencial para a chegada a um prognóstico favorável. Neste contexto é importante ressaltar a terapia anti-hipertensiva e a terapia com sulfato de magnésio, ambos quando indicados adequadamente. O tratamento curativo é realizado apenas através do parto, o qual tem seu momento e via variável a depender da patologia em questão e da história clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALOIZOS, S. et al. HELPP syndrome: Understanding and management of a pregnancy-specific disease. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 33, p. 331, 2013.
- BRACAMONTE-PENICHE, J. et al. Clinical and physiological features of HELLP syndrome. *Revista Biomédica de Mérida (México)*, v. 29, p. 33, 2018.
- BURTON, G.J. et al. Pre-eclampsia: pathophysiology and clinical implications. *British Medical Association*, v. 15, 12381, 2020
- DASINGER, J.H. et al. Influences of environmental factors during preeclampsia. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, v.319, p. 26. 2020.
- DUSSE, L.M. et al. Revisiting HELLP syndrome. *Clínica Chemica Acta*, v. 451, p. 117. 2015.
- MALACHIAS, M.V. et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial: capítulo 9 – hipertensão arterial na gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. p. 49. 2016.
- PERACOLI, J.C. et al. Pre-eclampsia/eclampsia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 41, p. 318, 2019.
- POLI-DE-FIGUEIREDO, C.E. et al. Hipertensão em situações especiais. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v. 32, p. 54, 2010.
- RAMOS, J.G.L. et al. Pré-eclampsia. *Revista Brasileira de Obstetrícia*. v. 39, p. 496, 2017.
- REDDY, S. & JIM, B. Hypertension and pregnancy: Management and future risks. *Adv Chronic Kidney Dis*, v. 26. p. 137, 2019
- SUTTON, A.L.M. et al. Hypertensive disorders in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*, v. 45, p. 333, 2018.

71

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE GESTANTES TOXICODDEPENDENTES À LUZ DA TEORIA DA RELAÇÃO INTERPESSOAL DE JOYCE TRAVELBEE

FILIAÇÃO

- 1 Graduação em Enfermagem pela Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios/AL.
- 2 Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas, campus Arapiraca/AL.
- 3 Médico, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, João Pessoa/PB.
- 4 Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde/UFAL, Docente da Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios/AL.

AUTORES

MARCELA PORANGABA LOPES¹
AMANDA DE MACÊDO FERRAZ¹
CARLA SOUZA DOS ANJOS²
CLARA CAROLLYNE LINS DE SOUZA¹
EMANUELE TAVARES DA COSTA¹
EMANUELLY KESLEY DE FREITAS LIMA¹
FRANCIARE VIEIRA SILVA¹
JÚLIA PEREIRA DE MOURA FERREIRA¹
LAÍSSA KEILLA BRITA BARBOSA¹
NEÍDE FERNANDA DE OLIVEIRA SILVA¹
REUDO HELENO AMORIM PEREIRA FILHO³
ROMARIO HENRIQUE DA SILVA¹
VITÓRIA RODRIGUES CORREIA DE SOUZA¹
YANA BEATRIZ FARIAS LOPES¹
VIVIAN MARCELLA DOS SANTOS SILVA⁴

Palavras-chave: Relações Interpessoais; Gestantes; Usuários de Drogas.

INTRODUÇÃO

O abuso e a dependência de drogas lícitas e ilícitas como o tabaco, álcool, maconha, cocaína, crack e outras, transformou-se em um grave problema de saúde pública, especialmente quando relacionado a gestação. A preocupação com a saúde materno-fetal devido ao abuso de drogas em geral está associada as consequências variadas para o binômio mãe-filho, dentre elas destacam-se as infecções, deslocamento prematuro da placenta, parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino, abortos, malformações cerebrovasculares, geniturinários no feto e até óbitos, o que pode ser amenizado e/ou prevenido com acompanhamento específico no pré-natal (MOTTA & LINHARES, 2015; MAIA *et al.*, 2015).

De acordo com o artigo 8º da Lei nº 7498/86 do Exercício Profissional, o enfermeiro participa da elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde, sendo o pré-natal parte da assistência à saúde da mulher e sua família na atenção primária. As atividades como

acolhimento, solicitação de exames, prescrição de medicamentos, educação em saúde e orientações, além de encaminhamento para referência e rastreamento precoce das gestantes da área da unidade são indispensáveis, no entanto, quando trata-se de gestantes usuárias de drogas há uma maior resistência a esses processos (ALCÂNTARA *et al.*, 2011).

Os principais fatores que impedem as mulheres toxicodependentes de buscar acompanhamento adequado no pré-natal das unidades de saúde são o baixo nível de escolaridade, a idade materna e o preconceito sofrido, o que pode acarretar uma série de implicações negativas à saúde devido à falta de avaliação gestacional e dificuldade de formação do vínculo enfermeiro-paciente ao longo de todo ciclo gravídico-puerperal (RENNER *et al.*, 2016).

O desequilíbrio das relações entre profissionais e clientes interfere no andamento da atenção prestada e obtenção de resultados, assim, segundo estudos, a aplicação das teorias de enfermagem é essencial para autonomia nas estratégias de assistência com métodos sistemáticos que mantêm o respaldo e direção da prática profissional em qualquer âmbito. Ao que se refere as relações e vínculos, destaca-se a teoria de Joyce Travelbee, que descreve os cuidados de enfermagem como um processo de relação interpessoal (DE OLIVEIRA *et al.*, 2018). Diante disso, questionou-se: de que forma o enfermeiro pode usar a teoria de Joyce Travelbee no pré-natal de toxicodependentes? Assim, objetivou-se demonstrar a utilização da teoria da relação interpessoal de Travelbee durante o pré-natal de usuárias de drogas.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, com abordagem qualitativa de caráter explicativo-exploratório-descritivo, devido a finalidade de obter uma ampla abordagem metodológica referente às revisões com a junção de métodos padronizados e definidos, com enfoque na questão norteadora e objetivo da pesquisa para a busca dos dados de estudos experimentais e não-experimentais. Optou-se pela busca nas bases de dados eletrônicas SciELO e Google Acadêmico. A pesquisa ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2019, seguindo as etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca de artigos, seleção dos periódicos, extração e avaliação dos dados encontrados, leitura do conteúdo e síntese para redação dos resultados.

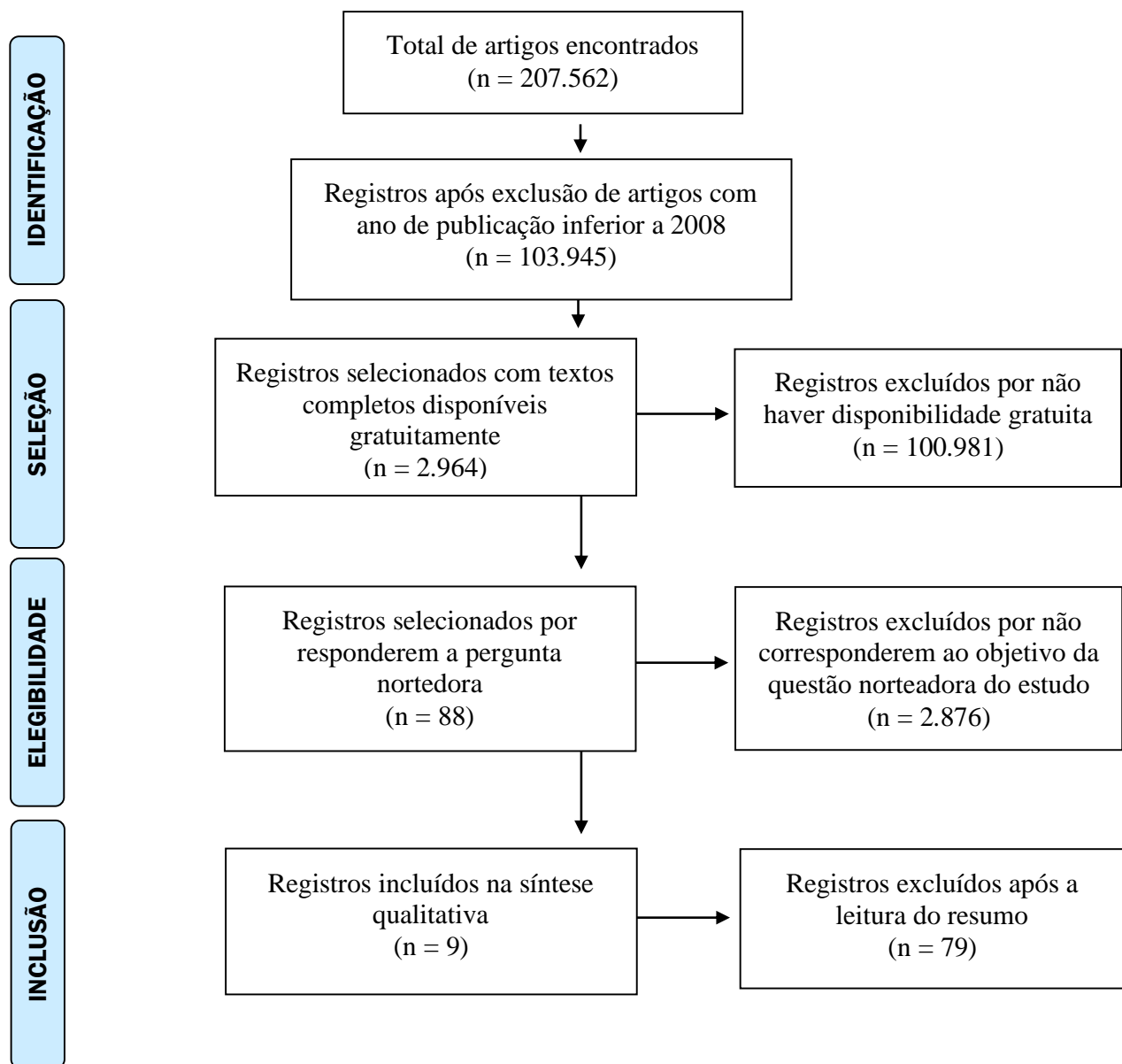
Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram usados em inglês para ampliação da busca, dessa forma, foram escolhidos: *Nursing Care*; *Nursing Theory*; *Interpersonal Relations*; *Pregnant Women* e *Drug Users*. Além disso, para estratégia de pesquisa, houve a criação dos seguintes termos: (I) “*Nursing Care*” and “*Nursing Theory*” and “*Interpersonal Relations*”; (II) “*Nursing Care*” and “*Pregnant Women*”; (III) “*Nursing Care*” and “*Pregnant Women*” and “*Drug Users*”; (IV) “*Nursing Theory*” and “*Interpersonal Relations*” and “*Drug Users*”; (V) “*Nursing Theory*” and “*Interpersonal Relations*” and “*Pregnant Women*” and “*Drug Users*”.

Com o intuito de filtrar a pesquisa, foram selecionados apenas artigos que correspondiam a todos os critérios de inclusão a seguir: Identificação - (A) publicações a partir de 2008; Seleção - (B) texto completo disponível gratuitamente; Elegibilidade - (C) artigos que respondam à pergunta norteadora da pesquisa e Inclusão - (D) leitura de resumo completo.

O total de artigos foi de 207.562, logo após aplicação do critério A, o número reduziu para 103.945, destas, foram excluídas 100.981 que não correspondiam com o critério B, obtendo assim 2.964. Com a inclusão do critério C, foram deletados 2.876, restando, 88 artigos para analisar a melhor adequação ao tema central de pesquisa com leitura do resumo, que corresponde ao critério

D, sendo removidas 79 referências por não serem associadas diretamente com a temática central. Sendo assim, foram selecionados o total de nove registros para compor a amostra final (Fluxograma 1).

Fluxograma 1. Fluxograma do processo de busca, elegibilidade e inclusão, na moldagem da estratégia PICO do Prisma



Posteriormente, foram extraídos os conceitos abordados em cada artigo e de interesse para o referido estudo. Os artigos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, nos moldes de categorias científicas, sendo construídas duas categorias para análise: Teoria das relações interpessoais e Gestantes usuárias de drogas. Os resultados foram interpretados, sintetizados e discutidos, por fim, apresentados de forma descritiva com o conhecimento produzido sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a análise, notou-se que 33,3% dos registros corresponde a revisão de literatura, 22,2% estudos transversais, 22,2% estudos descritivo-exploratório quantitativo e 22,2% a estudos descritivo-exploratório qualitativo. Referente ao local de ocorrência das pesquisas, cerca de 11,1% correspondem ao Peru e 88,8% foram desenvolvidas no Brasil.

As revisões de literatura assemelham-se ao citar a organização da assistência de enfermagem e todas as atribuições do profissional, especialmente os métodos usados como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e as teorias de enfermagem, bem como, a necessidade de medidas preventivas e criação de políticas públicas. Já os estudos transversais utilizaram em comum os questionários semiestruturados e entrevistas com gestantes usuárias de drogas e familiares e destacaram os tipos de drogas mais consumidas e sua relação com as fases da teoria aplicada na prática.

Os estudos descritivo-exploratórios com abordagem quantitativa, evidenciaram que o crack, o álcool, o tabaco e a maconha são as drogas mais citadas pelas usuárias e que o assunto da toxicodependência em gestantes ainda precisa de mais visibilidade com melhor atuação profissional. Em relação as pesquisas de caráter descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, estas assimilam-se quanto ao resultado positivo do uso da teoria de Travelbee associado ao apoio e participação familiar, sendo facilitadores do processo de relação interpessoal profissional-cliente.

Quadro 1. Quadro dos principais resultados correspondentes aos registros selecionados nas bases eletrônicas

AUTOR	PERIÓDICO E ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS
ALCÂNTARA <i>et al.</i> , 2011	Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, v. 2, n. 2, p. 115-132, 2011	Descritivo-exploratório quantitativo	As teorias são referenciais para os conhecimentos teórico-prático para desenvolvimento da assistência de enfermagem nos vários níveis de atenção à saúde de forma que enfatiza a SAE
ALVES <i>et al.</i> , 2008	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, 2008	Tese de Doutorado, Descritivo-exploratório qualitativo	A comunicação com o paciente é afetada de forma negativa devido a sentimentos como medo, ansiedade devido a própria patologia ou problemas detectados anteriormente, gerando isolamento e dificuldade para criação de vínculo afetivo, sendo a família um elo essencial para melhora da comunicação e da funcionalidade da teoria de Travelbee.
DE OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2018	Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA, v. 19, n. 1, 2018	Descritivo-exploratório qualitativo	Os cuidados da família com os pacientes podem ser considerados uma forma estratégica que auxilia na aplicação da teoria da relação interpessoal de Travelbee, e torna-se relevante para melhoria da qualidade de vida do paciente em questão
DE MIRANDA LIMA <i>et al.</i> , 2015	Espaço para Saúde, v. 16, n. 3, p. 39-46, 2015.	Descritivo-exploratório quantitativo	A atividades realizadas pelo enfermeiro na assistência de gestantes usuárias de drogas precisam de ampliação e maior visibilidade, visto que 100% das entrevistadas mencionaram não receber orientações de riscos e encaminhamento para terapia específica e grande parte fazem uso de álcool, tabaco e maconha.

<i>MAIA et al., 2015</i>	Revista Enfermagem Contemporânea, v. 4, n. 2, 2016.	Descritivo-exploratório quantitativo	As drogas ilícitas mais consumidas são o crack e a maconha, já as lícitas são o álcool e o tabaco, grande número sendo utilizadas concomitantemente.
<i>MOTTA & LINHARES</i>	Interação em Psicologia, v. 19, n. 1, 2016.	Revisão de literatura	O consumo de álcool é maior em gestante adolescentes, quando comparadas as adultas, havendo a necessidade do aumento de atividades preventivas de agravos a saúde materno-fetal para esse grupo específico.
<i>RENNER et al., 2016</i>	Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 6, n. 2, p. 68-73, 2016.	Transversal	O álcool, tabaco e maconha foram as três principais substâncias mais usadas entre as gestantes entrevistadas, sendo destacado a facilidade de a redução de danos ser mais efetiva quando se trata de drogas ilícitas do que com as lícitas.
<i>SILVA et al. 2017</i>	Revista Amazônia Science & Health, v. 5, n. 2, p. 40-46, 2017.	Revisão de literatura	As mudanças da enfermagem geraram melhorias na assistência e nas estratégias de cuidado atuais, sendo o campo da saúde mental visto de maneira diferenciada e sistemática, especialmente com a promoção e prevenção, reduzindo os tratamentos extremos e dolorosos.
<i>VILLAGARAY & MORENO, 2017,</i>	Peruvian Journal of Health Care and Global Health, v. 1, n. 1, p. 31-35, 2017.	Transversal	Dentre as cinco etapas da teoria de Travelbee, são avaliadas como mais fáceis a <i>rappont</i> (momento ao qual cria-se a transferência da relação) e a fase da empatia. Já as mais negativas e complicadas são as primeiras, encontro inicial e a de identidades emergentes.

Alves (2008), cita que, na teoria de Travelbee, o relacionamento entre enfermeiro-paciente é trabalhado em individualidade devido a diferença de pessoa a pessoa em reações e posicionamentos, sendo a interação vista como algo único e original representando o início das demais interações, com transmissão de sentimentos, emoções e aprendizados, entre outras coisas, para alcançar uma meta única estabilidade por ambos, o que pode ser difícil se houver medo, ansiedade ou isolamento de uma das partes envolvidas.

Oliveira *et al.* (2018) evidenciam que existem cinco fases na teoria de Travelbee: encontro inicial, identidades emergentes, empatia, simpatia e *rappont*, as mesmas são subsequentes e produzem em ambos uma construção didática do relacionamento enfermeiro-paciente. Em sua pesquisa, os mesmos aplicaram a teoria dentro do internamento hospitalar com um paciente usuária de drogas ilícitas, sendo o encontro inicial marcado por a paciente estar debilitada e desacompanhada. Na etapa de identidades emergentes, houve a busca e primeiras conversas com a família e a paciente, na fase da empatia ocorreu a ajuda mútua dos familiares e paciente instituindo metas comuns com os profissionais com escuta ativa e informações claras e simples. A 4º fase, marcada pela simpatia, houve aumento da confiança pré-estabelecida com os profissionais e melhora do vínculo familiar com o autocuidado e, ao final, na *rappont*, o resultado esperado de recuperação e autonomia da paciente influenciou também toda equipe multiprofissional e a relação em geral com satisfação e aprendizado.

No estudo de Villagaray e Moreno (2017), são destacadas as situações negativas de relações interpessoais que ocorrem em caso de má aplicação da teoria de Travelbee citadas pelos pacientes entrevistados na primeira fase do encontro, como não cumprimentar adequadamente o paciente e familiares, demonstrar reações anormais durante a escuta, sendo ideal prestar atenção a cada detalhe mencionado no encontro, com tom agradável de voz e expressão empática. Ademais, na fase de identidades emergentes, a falta de apoio e de explicação das situações vivenciadas é considerado inadequado, tendo em vista que neste momento é indispensável passar confiança, apoiar e conversar

ao máximo para compreensão do paciente e familiares, considerada a etapa mais importante para resultados positivos, já que ao ouvir as preocupações o contato torna-se aberto a soluções de forma holística.

CONCLUSÃO

A toxicodependência gera uma diminuição dos cuidados à saúde e assim do contato enfermeiro-paciente, o que impede o desenvolvimento de ações terapêuticas efetivas. Quando os pacientes em questão tratam-se de mulheres no período gravídico, estes geralmente sofrem mais preconceito e ao associar com outros fatores socioeconômicos. A adesão ao pré-natal é quase nula ou durante a consulta não há exposição do seu consumo de drogas, o que pode gerar complicações durante a gestação, parto, puerpério e ao longo do desenvolvimento e crescimento da criança, ou em alguns casos, consequências fatais. Diante disso, o uso de uma das teorias de enfermagem, como a de Travelbee, que trabalha a relação interpessoal como ponto inicial para resolução de patologias e/ou agravos à saúde, criando e mantendo um vínculo afetivo, constitui-se como uma estratégia eficaz para a busca ativa de gestantes usuárias e ampliar a aderência ao pré-natal, elevando a qualidade da assistência com a prevenção de anormalidades materno-infantis e melhora na qualidade de vida populacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, M.R. *et al.* Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 2, p. 115, 2011.

ALVES, D.Y. A comunicação no relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente idoso oncológico submetido à traqueostomia de urgência. 2008. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

DE OLIVEIRA, C.M. *et al.* Cuidados de enfermagem ao familiar e à paciente hospitalizada à luz da teoria de Joyce Travelbee. *Essentia – Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA*, v. 19, p. 12, 2018.

DE MIRANDA LIMA, LP. *et al.* O papel do enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de drogas. *Espaço para Saúde*, v. 16, p. 39, 2015.

MAIA *et al.* Consequências do uso de drogas durante a gravidez. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 4, p. 121, 2015.

MOTTA, K.M.C. & LINHARES, M.B.M. Perfil das Gestantes Usuárias de Álcool/Drogas e os Efeitos na Saúde e Desenvolvimento dos Filhos. *Interação em Psicologia*, v. 19, p. 133, 2016.

RENNER, F.W. *et al.* Avaliação do uso de drogas por gestantes atendidas em hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 6, p. 68, 2016.

SILVA, M.S. *et al.* A enfermagem no campo da saúde mental: uma breve discussão teórica. *Revista Amazônia Science & Health*, v. 5, p. 40, 2017.

VILLAGARAY, O.L.J. & MORENO, T.M.E. Relación terapéutica entre enfermera y familia basada en la teoría de Joyce Travelbee, en un hospital de Lima. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, v. 1, p. 31 2017.

72

TORÇÃO DE LEIOMIOMA SUBSEROZO PEDICULADO: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCAMP.

² Residente de Ginecologia e Obstetrícia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCAMP.

AUTORES

ALINE MARTINS ADEGAS CHOIB¹
CAMILLA FORLIN PEREIRA ERTHAL RIBEIRO¹
GIOVANNA MONTEIRO BIANCHI JUNQUEIRA SANTOS¹
JÚLIA MONSERRAT PINTO CARCERES¹
MARIA JULIA SILVEIRA PASSERINI¹
LETHYCIA MEIRELLES DALLA²

Palavras-chave: Ginecologia; Leiomioma Uterino; Torção de Leiomioma.

INTRODUÇÃO

Os leiomiomas uterinos são tumores benignos sólidos que acometem mais frequentemente as mulheres em idade reprodutiva. Sua importância reside na alta prevalência, com incidência em até 70% das mulheres (VILOS *et al.*, 2015). A etiologia exata desses tumores não é conhecida e ainda não se sabe a mutação inicial para a sua gênese, porém seu desenvolvimento vem sendo associado aos hormônios esteroides (LAUGHLIN & STEWART, 2011). Apesar de raras, suas complicações, como a torção aguda de leiomioma subseroso pediculado, possuem alta morbidade.

As manifestações clínicas, quando presentes, incluem desconforto pélvico, dispareunia, dismenorreia, sangramentos uterinos anormais, sensação de pressão abdominal ou pélvica e infertilidade (FEBRASGO, 2004). O seu diagnóstico clínico é feito pela anamnese e exame físico, incluindo avaliação ginecológica e exames complementares como ultrassonografia pélvica ou ressonância magnética, sendo as vezes descoberto acidentalmente nesses exames.

Em mulheres sintomáticas, que correspondem à 50% dos casos, a terapia clínica por vezes é a melhor opção, com drogas como antiinflamatório não esteroide (AINEs), terapia hormonal, androgênios, antiprogesterônios, agonistas e antagonistas de GnRh. Todavia, o tratamento cirúrgico via laparotômica ou laparoscópica também deve ser considerado, tanto na falha do tratamento conservador como em miomas de grande volume. A miomectomia é uma opção terapêutica, principalmente quando há o desejo de preservação da fertilidade, e a histerectomia é o seu tratamento definitivo (HOFFMAN *et al.*, 2014).

Este estudo tem como objetivo fazer uma breve revisão bibliográfica, a partir de um relato de caso, no intuito de destacar os principais aspectos relacionados a esses tumores e suas complicações, dando ênfase à torção de leiomioma subseroso pediculado.

MÉTODO

O presente estudo foi realizado a partir de uma revisão de prontuário no Hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Após a apresentação do caso, foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados SciELO, PubMed, SCOPUS e MEDLINE, com busca por artigos publicados acerca do tema “Leiomiomas Uterinos” e “Torção de Leiomioma Pediculado”, bem como livros de apoio como Ginecologia de WILLIAMS (2 ed., 2014), Bases Patológicas das Doenças de Robbins e Cotran (9 ed., 2016), e manual de orientação sobre leiomioma uterino da FEBRASGO.

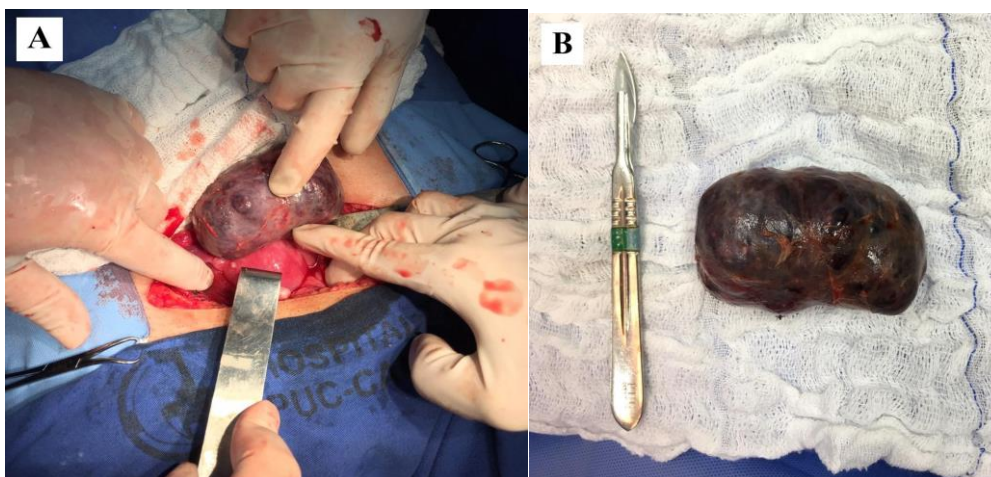
RELATO DE CASO

Mulher, 30 anos, admitida no pronto atendimento ginecológico com quadro de dor abdominal há 4 dias com piora progressiva tornando-se intensa há 2 horas. Tinha realizado uma tomografia computadorizada (TC) com provável diagnóstico de volumosa massa cística anexial de localização retrouterina de origem ovariana à direita.

Ao exame físico, bom estado geral, sinais vitais dentro da normalidade, palpação abdominal com dor intensa em fossa ilíaca esquerda (FIE). Ao toque vaginal, presença de abaulamento de fundo de saco à esquerda, às custas de massa endurecida móvel de 8 cm, colo uterino doloroso à mobilização e útero de dimensões normais. Realizada ultrassonografia (US), com presença de mioma subseroso de 7,8 x 4,5 x 5,4 cm, volume de 100 cm³, sem fluxo ao doppler compatível com mioma subseroso pediculado, sendo os mesmos achados confirmados pela ressonância magnética (RM) de pelve.

Devido ao quadro de abdômen agudo foi realizada laparotomia com identificação de mioma subseroso de pedículo fino torcido em parede fúndica posterior esquerda, com sinais de necrose. Realizada miomectomia sem intercorrências (Figuras 1). No anatomopatológico, confirmado leiomioma com congestão vascular. Paciente apresentou boa evolução clínica e alta hospitalar assintomática.

Figura 1. Realização de miomectomia



Legenda: A: Intraoperatório com identificação de mioma subseroso torcido; B: Miomectomia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definição

Os leiomiomas uterinos são tumores monoclonais (VILOS *et al.*, 2015), sendo considerados a mais prevalente neoplasia benigna do útero. São constituídos, majoritariamente, de ramos de tecido conjuntivo entrelaçados a fibras musculares lisas (THANASAS *et al.*, 2017). Consistem em tumores redondos, brancos, firmes e elásticos e em sua superfície de corte apresentam um padrão espiralado. Aparecem separados do miométrio por uma camada tecidual fina, característica que facilita sua remoção cirúrgica (HOFFMAN *et al.*, 2014).

Possuem suprimento limitado de sangue em seu interior e uma organização vascular intrínseca tornando-se, frequentemente, suscetíveis à degeneração, isquemia e posterior necrose. O processo de degeneração nada mais é do que substituição do tecido muscular normal por diferentes substâncias, entre elas: hialina, calcificada, cística, mixoide, carnososa ou vermelha, e a denominação dessa degeneração depende de qual substância que está substituindo o tecido muscular (THANASAS *et al.*, 2017).

Os leiomiomas são classificados de acordo com a sua localização, podendo ocorrer dentro do miométrio (intramurais), logo abaixo do endométrio (submucosos) ou abaixo da serosa (subserosos), como observado na Figura 3 (KUMAR *et al.*, 2016), além de apresentações extrauterinas, que também podem ocorrer (cérvice ou ligamentar), porém são mais incomuns (LAI *et al.*, 2017).

Figura 3. Classificação conforme a topografia dos leiomiomas



Fonte: HOFFMAN *et al.*, 2014

Importância do tema

A importância acerca da temática reside na alta prevalência da doença na população feminina, possuindo incidência de até 70%, principalmente em mulheres em idade fértil (LAUGHLIN & STEWART, 2011).

Esse tumor de etiologia benigna é o mais comum a acometer as mulheres, e suas complicações agudas, apesar de raras, tem se tornado mais comuns devido ao negligenciamento diagnóstico e terapêutico, além do acompanhamento irregular das pacientes (GUPTA & MNYONDA, 2009).

Cerca de 50% das pacientes com leiomiomas uterinos apresentam sintomas. Dessa forma, o diagnóstico precoce é fator essencial, visto que tais tumores podem acarretar em graves consequências na produtividade e qualidade de vida da mulher. Por conseguinte, há significativo impacto econômico e morbidade, em razão de anormalidades menstruais, anemia ferropriva, sintomas de volume, infertilidade, além da predisposição a complicações agudas anteriormente citadas (VILOS *et al.*, 2015).

Fisiopatologia

A mutação primária que dá início à gênese desses tumores ainda não é bem elucidada. No entanto, em 40% dos leiomiomas foram identificadas falhas cariotípicas, as quais se relacionam à velocidade e direcionamento de crescimento tumoral (HOFFMAN *et al.*, 2014). Estudos demonstram que a alteração de fatores de crescimento, como o fator de crescimento transformador- β (TGF- β), associados à lesão miométrica, dão início à cascata de mudanças que resulta em proliferação, ampliação da matriz extracelular e redução da apoptose.

Ademais, acredita-se que outra via chave ao desenvolvimento desse tumor seja a desregulação do fator de crescimento angiogênico que, juntamente ao fator de crescimento de fibroblástico básico, pode se relacionar ao sangramento menstrual intenso (LAUGHLIN & STEWART, 2011).

Nos leiomiomas, há rara atividade mitótica, fator *sine qua non* para a diferenciação dos leiomiossarcomas (HOFFMAN *et al.*, 2014). Seu crescimento e desenvolvimento autônomo vem sendo associado aos hormônios esteróides, com destaque ao estrogênio (LAUGHLIN & STEWART, 2011) que, juntamente à mediadores como o TGF- β (FEBRASGO, 2004) tem efeito de inibição da transcrição e produção de fatores de crescimento celular (HOFFMAN *et al.*, 2014).

As células tumorais contêm maior densidade de receptores de estrogênio em comparação ao endométrio e miométrio normais (FEBRASGO, 2004), o que resulta em maior ligação de estradiol (HOFFMAN *et al.*, 2014). Acredita-se que o potencial biológico do estrogênio induza a produção de receptores de progesterona, por meio de ER- α (receptor de estrogênio alfa). O receptor de progesterona é indispensável para a resposta do mioma à secreção de progesterona pelos ovários. Na ausência de progesterona e de seu receptor, o estrogênio e ER- α não são suficientes para o crescimento tumoral sendo, portanto, indispensáveis (VILOS *et al.*, 2015). Entretanto, no que se relaciona à progesterona, foram relatados tanto efeitos inibidores quanto estimulantes (HOFFMAN *et al.*, 2014).

Recentemente, as mutações no gene MED12 foram identificadas em até 70% dos leiomiomas uterinos (KUMAR *et al.*, 2016). Acredita-se que esses tumores sejam originados de uma única célula tronco, que se desenvolvem após um estímulo genético em uma célula miometrial

normal que resulta, portanto, em uma mutação do gene da subunidade 12 do complexo mediador (MED12) ou do gene do grupo de alta mobilidade AT-hook2 (HMGA2) (MALCOLM & MUNRO, 2019).

Por fim, no que se refere à sua torção, os leiomiomas subserosos pediculados estão sob maior risco, principalmente quando portam pedículos finos capazes de permitir maior mobilidade ou quanto maior a proximidade de órgãos adjacentes, o que pode acentuar sua torção. O risco de torção aumenta juntamente ao aumento do leiomioma (LAI *et al.*, 2017).

Epidemiologia

O leiomioma uterino acomete cerca de 70 a 80% das mulheres com até 50 anos, sendo associados a 95% dos casos de tumores benignos do trato genital feminino. Além disso, representa 27% das admissões em ginecologia (VILOS *et al.*, 2015).

Mulheres afro-americanas possuem maior prevalência (73%) que as mulheres brancas (48%) da mesma faixa etária. Sendo assim, uma análise dessa faixa etária permite inferir que a incidência apical nas mulheres afro-americanas acontece entre 35 e 39 anos, e nas mulheres brancas, entre 40 e 44 anos. As mulheres asiáticas apresentam padrão de incidência semelhante ao das mulheres brancas.

Os leiomiomas tem aparição rara antes da menarca e costumam regredir após a menopausa. Eles podem crescer durante a gestação ou vigente ao uso de esteroides. Anticoncepcionais orais estão relacionados com aumento de volume dos leiomiomas em algumas das pacientes. Ligadura tubária pode aumentar o risco de desenvolver o leiomioma uterino em até 70%, opondo-se ao DIU, que não demonstra contribuir para o risco (FEBRASGO, 2004).

Levando em consideração a torção aguda de leiomiomas subserosos pediculados, uma de suas complicações, a incidência não ultrapassa 0,25% dos casos submetidos a cirurgia. (LAI *et al.*, 2017).

Fatores de risco

Dentre os fatores de risco dos leiomiomas tem-se: etnia, idade, menarca precoce, paridade e gravidez, uso de cafeína e álcool concomitantemente, fatores genéticos, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, dieta rica em carne vermelha (DOLMANS *et al.*, 2019).

Além das mulheres afro-americanas terem maior incidência de leiomiomas e serem diagnosticadas em idade mais precoce, elas possuem uma genética mais suscetível a desenvolvê-los. Isso por apresentarem aumento da enzima aromatase, genes com sinais de tradução e transcrição. A doença nessas pacientes é mais grave e o tumor tem seu desenvolvimento mais acelerado quando comparadas com mulheres brancas.

A prevalência da idade no aparecimento dos sintomas é no decorrer da idade reprodutiva, porém varia entre as etnias, sendo nas mulheres brancas e asiáticas em idades mais avançadas que as mulheres negras. Ademais, com o passar dos anos e a proximidade da menopausa, nas mulheres brancas e asiáticas, o leiomioma tende a regredir. Nas afro-americanas, por sua vez, não apresentaram alterações significativas (DOLMANS *et al.*, 2019; DONNEZ *et al.*, 2016; LAUGHLIN *et al.*, 2011).

A menarca precoce, anterior aos 10 anos de idade, eleva o risco de desenvolvimento de leiomioma, juntamente ao de outras doenças hormonais, como a endometriose. Por outro lado,

quanto maior o número de paridades, menor o risco de desenvolver o tumor (20 a 50% dos casos) (LAUGHLIN *et al.*, 2011).

Mesmo que não haja dados precisos, o leiomioma tende a crescer durante a gestação. Porém, no pós-parto, durante a remodelação uterina, pode haver a substituição de algumas lesões por tecidos fibroides, os quais são mais suscetíveis a isquemia. Por fim, mulheres vegetarianas reduzem em até metade do risco se comparadas com dietas ricas em carne vermelha (DOLMANS *et al.*, 2019; DONNEZ *et al.*, 2016; LAUGHLIN *et al.*, 2011).

Uma vez com leiomioma, a probabilidade de as pacientes evoluírem com complicações é rara. No caso da torção aguda de leiomioma subseroso pediculado, sua ocorrência tem associação com fatores que causam maior mobilidade do mioma, como sua relação com órgãos adjacentes e seus respectivos movimentos, além de pedículos mais longos e finos (LAUGHLIN *et al.*, 2011).

Manifestação da doença

Os leiomiomas uterinos são de 20 a 50% dos casos assintomáticos, sendo os anticoncepcionais hormonais importantes fatores nessa porcentagem ao mascararem os sintomas. Entretanto, dependendo do tamanho e da localização, o tumor apresenta manifestações clínicas inespecíficas, incluindo sangramento uterino anormal, infertilidade, sensação de pressão e dor abdominal e pélvica (THANASAS *et al.*, 2017).

Os miomas subserosos cursam com sintomas compressivos e distorção dos órgãos adjacentes. Os intramurais, sangramento e dismenorria. Já os submucosos ocasionam sangramentos irregulares e infertilidade. Raramente, há manifestações mais graves e, nesses casos, podem ser decorrentes de tromboembolismo, torção aguda de leiomioma pediculado, retenção urinária aguda e falência renal, hemorragia vaginal ou intraperitoneal aguda, degeneração vermelha, trombose da veia mesentérica e gangrena intestinal (GUPTA & MNYONDA, 2009).

O aparecimento do sangramento uterino anormal ou o excesso menstrual acomete até 60% das mulheres diagnosticadas com o leiomioma. Tais sangramentos podem ocorrer devido a presença de tumores volumosos, normalmente intramurais ou subseroso, que afetam o sistema venoso uterino provocando dilatação venosa no miométrio e endométrio. À medida que o endométrio se desloca, as vênulas dilatadas podem se romper, originando as referentes manifestações clínicas. O aumento da superfície do endométrio e alteração estrutural do miométrio, acarretada pelo leiomioma, são capazes de desenvolver a mesma sintomatologia. Como possível consequência dessa hemorragia tem-se a anemia ferropriva, desencadeando fadiga, astenia, dispneia e descoramento de mucosas (FEBRASGO, 2004; LAUGHLIN *et al.*, 2011).

A sensação de pressão abdominal e pélvica está intimamente relacionada ao tamanho, volume e localização do tumor. A compressão de órgãos adjacentes pelo leiomioma pode acarretar em disfunção urinária (urgência miccional, polaciúria), complicações intestinais, dispareunia, dor referida em hipogástrico com irradiação para a região lombossacra e membros inferiores. Ademais, a atividade muscular uterina também contribui para o aparecimento de dor pélvica em cólica (FEBRASGO, 2004).

Em 30 a 50% dos casos dos leiomiomas, a dor pélvica é crônica. Contudo, em circunstâncias de complicações, como degeneração vermelha ou de torção de leiomioma subseroso pediculado, a dor é aguda, possivelmente acompanhada de febre e leucocitose. Caso não tratada, a torção pode

evoluir para uma isquemia, necrose, infecção, peritonite e conseqüentemente um abdome agudo, com sinal de Blumberg positivo (FEBRASGO, 2004; LAI, 2018; PARIENTE, 2019).

A infertilidade relaciona-se com a posição do leiomioma e as alterações anatômicas provocadas por ele no útero. Os submucosos são os que mais possuem essa característica, uma vez que o órgão perde a capacidade de distensão. Já tumores fúndicos têm a capacidade de ocluir os óstios tubários, gerando alterações endometriais vasculares e impedindo a nidação (FEBRASGO, 2004; DONNEZ *et al.*, 2016).

Diagnóstico

O diagnóstico clínico é feito pela anamnese, além do exame físico e ginecológico, que inclui o toque vaginal bimanual. Na anamnese, é imprescindível a investigação de fatores de risco. Também merecem destaque queixas de sangramento anormal, hipermenorreia, infertilidade, compressão geniturinária, dor pélvica e dismenorreia. Ao exame físico, pode-se encontrar aumento do volume abdominal de crescimento rápido ou crescimento após menopausa. Já no ginecológico, o toque vaginal bimanual pode detectar uma superfície irregular devido à presença de nódulos; também é possível estar bocelada, endurecida e com mobilidade diminuída, haja vista que os miomas tipicamente aumentam o volume uterino (FEBRASGO, 2004).

Quanto ao diagnóstico laboratorial, fazem parte da investigação inicial e da avaliação pré-operatória, quando há suspeita de leiomioma uterino, exames como hemograma completo, coagulograma e bioquímica da urina. Na hipótese de associação com endometriose, aconselha-se que seja solicitado o CA-125, colhido no início da fase folicular (FEBRASGO, 2004).

Em relação aos exames complementares, a ultrassonografia pélvica é o exame de imagem primordial na avaliação inicial do tumor. Quando realizada via transvaginal, garante-se maior acurácia na detecção de alterações na pelve, mas também existe a técnica via abdominal. Nos casos de crescimento rápido desses tumores, a dopplerfluxometria auxilia no diagnóstico diferencial do leiomiossarcoma. O ultrassom convencional seguido de histerossonografia (HUSG) distingue espessamentos do miométrio justa endometrial, uma vez que, quando realizada na fase lútea inicial ou média, permite identificar o endométrio, delineando a cavidade uterina e as camadas miometriais.

O único exame por imagem que diagnostica afecções das luzes médias e proximais das tubas uterinas, diagnóstico necessário na abordagem dos leiomiomas, é a histerossalpingografia (HSG), a qual também é indicada nos pós-operatórios tardios para avaliar condições de permeabilidade tubária resultante de miomectomias (FEBRASGO, 2004).

Por fim, a ressonância nuclear magnética pélvica (RNMP) é eficiente nos úteros volumosos (maiores que 250-350 cm³, conforme divergências literárias) e naqueles com mais de 4 miomas, além de ser o exame indicado, aplicando-se suas sequências em T1 e T2, para distinguir leiomiomas de massas pélvicas sólidas anexiais, como adenomioses focais ou difusas, adenomiomas e hiperplasia da zona de junção. A RNMP é também utilizada no planejamento cirúrgico, na escolha da via de abordagem operatória e no estabelecimento do prognóstico dos efeitos análogos do GnRH. Faz-se importante acrescentar a possibilidade de utilização da TC, pois pode ser útil no planejamento do tratamento e na suspeição de degeneração maligna ou de patologia não ginecológica (FEBRASGO, 2004).

Enquanto leiomiomas uterinos não complicados têm aparência típica na ressonância magnética, leiomiomas subserosos pediculados podem simular uma massa anexial sólida,

especialmente se o pedículo não for visível na imagem. Dito isso, existe também uma abordagem que sugere a utilização da própria RNMP como método alternativo não invasivo capaz de distinguir leiomiomas uterinos subserosos pediculados de outras massas sólidas.

Portanto, embora o diagnóstico de abdome agudo causado pela torção desses miomas seja um desafio devido à sua raridade, os estudos de imagem podem ajudar a descartar outros casos de caráter emergentes, como apendicite aguda, diverticulite aguda, obstrução intestinal, víscera perfurada e torção anexial (WEINREB *et al.*, 1990).

O diagnóstico pré-operatório da torção de leiomioma subseroso pediculado é dificultoso basicamente por duas razões: primeiro, porque não existe nenhuma modalidade de exame de imagem capaz de confirmar de maneira precisa a suspeita diagnóstica; segundo, não há sinais e sintomas clínicos patognômicos para torção. Dessa forma, tanto a história clínica (idade, antecedentes pessoais e queixas), bem como o exame físico e os complementares de imagem, juntos, possuem grande importância para reforçar a hipótese diagnóstica (LAI *et al.*, 2017).

Dentre os exames de imagem, o primeiro de escolha é a ultrassonografia (US) pélvica, por sua facilidade de acesso e disponibilidade. A utilização da Dopplerfluxometria colorida pode sugerir torção de leiomioma subseroso, contudo seu pedículo não costuma ser visível, pois geralmente é muito fino. A identificação dos ovários também é mandatória para excluir sua torção, um dos principais diagnósticos diferenciais. Se necessária, a RNMP pode ser solicitada para complementação diagnóstica. Ainda assim, é preciso ressaltar que, apesar da suspeita clínica com a avaliação prévia, o diagnóstico definitivo é estabelecido com os achados intraoperatórios, como ocorreu no caso relatado (LAI *et al.*, 2017).

Tratamento

Os leiomiomas uterinos são, como citado, em sua maioria, assintomáticos e, portanto, não exigem tratamento (VILOS *et al.*, 2015), podendo ser mantidos sob conduta expectante e acompanhados com exame pélvico anual e ultrassonográfico, se necessário (HOFFMAN *et al.*, 2014). Estudos demonstram que em 6 meses a 3 anos, miomas não tratados podem apresentar redução em 3% a 7% das mulheres pré-menopausa, sendo que a maioria delas apresenta redução do tumor e alívio da sintomatologia após esse período.

Não obstante, haja vista que relevante parcela dos leiomiomas cursam com manifestações clínicas, faz-se necessária a abordagem terapêutica. Essa, por sua vez, deve ser individualizada, com base em fatores como idade, sintomatologia, tamanho e localização dos tumores, desejo de preservação da fertilidade e do útero, disponibilidade terapêutica e experiência do profissional. Os leiomiomas uterinos podem ser tratados de forma clínica ou cirúrgica, a depender dos fatores anteriormente citados. O emprego da combinação de ambas as abordagens também pode ser uma opção (VILOS *et al.*, 2015).

Atualmente, seu tratamento ainda oferece limitações no que se refere aos custos, uma vez que são extremamente caros, principalmente quando cirúrgicos. Assim, em razão de sua alta prevalência, é vital que se desenvolvam mais alternativas viáveis a essa abordagem, principalmente quando se visa a preservação da fertilidade (DOLMANS *et al.*, 2019).

No que diz respeito à terapia clínica, até recentemente, as opções de tratamento eram limitadas, tendo em vista sua eficácia moderada e os efeitos adversos associados (VILOS *et al.*, 2015). No entanto, medicamentos como AINEs, terapia hormonal, androgênios, agonistas de GnRh,

antagonistas de GnRH e antiprogesterogênicos podem ser considerados (Figura 4). A terapia clínica pode ser a melhor opção para pacientes com leiomiomas sintomáticos e seus objetivos devem ser claros: 1) redução da hemorragia; 2) prevenir e corrigir anemias ferroprivas; 3) reduzir sintomas de compressão e 4) reduzir a dor pélvica. Entre as opções medicamentosas, temos:

1. **AINEs**: os níveis endometriais de prostaglandinas F2 α e E2 encontram-se mais elevados em mulheres com dismenorréia do que em mulheres assintomáticas. Dessa forma, o tratamento dessa condição se baseia no papel da prostaglandina como mediadora desse sintoma. Estudos também relatam efeito desses fármacos no controle da menorragia, entretanto, não existem dados suficientes para adotá-los com terapia única no tratamento de leiomiomas (HOFFMAN *et al.*, 2014). Tendo em vista que seu uso prolongado predispõe a complicações gastrointestinais e renais, esses medicamentos são habitualmente prescritos durante o período menstrual, em doses moderadas e por tempo limitado (FEBRASGO, 2004);
2. **Terapia hormonal**: a indução de atrofia endometrial e redução de prostaglandinas em mulheres com leiomiomas têm sido induzida por intermédio de mediadores como contraceptivos orais combinados (COCs) e progestágenos. Embora os dados que corroborem com seu uso não sejam bem estabelecidos, o dispositivo intrauterino liberador de levonogestrel (SIU-LNG) também se mostrou capaz de melhorar a menorragia em mulheres com sangramento relacionado com leiomioma, mesmo que seu uso seja restrito à pacientes que não possuem distorção da cavidade endometrial pelo tumor. Acredita-se que esses medicamentos sejam capazes de aliviar os sintomas menstruais de mulheres com leiomiomas. Entretanto, há ainda divergências se essa terapêutica deve ser adotada, uma vez que não são bem estabelecidos os efeitos dos progestogênicos sobre o crescimento do tumor;
3. **Androgênicos**: são associados à redução do volume tumoral em cerca de 20% a 25% e melhora dos sintomas de sangramento (HOFFMAN *et al.*, 2014), uma vez que compete com andrógenos naturais, progesterona e glicocorticoides na ligação ao receptor. Ademais, atuam em diferentes níveis do eixo hipotálamo-hipófise-ovário-útero, além de diminuir níveis de estrogênio pela supressão da secreção de gonadotrofina a nível do hipotálamo (VILOS *et al.*, 2015). Todavia, seus efeitos colaterais como acne e hirsutismo impedem sua utilização como primeira opção (HOFFMAN *et al.*, 2014);
4. **Agonistas de GnRh**: Esses fármacos são responsáveis por diminuir o tamanho dos leiomiomas, uma vez que inibem os efeitos do crescimento de estrogênio e progesterona (HOFFMAN *et al.*, 2014). Estima-se que haja redução de até 50% do volume dos tumores em 3 meses de terapia (VILOS *et al.*, 2015). Quando associado ao ferro suplementar, o tratamento com agonistas do Ghrh melhora a anemia, sendo essa combinação muito utilizada como terapêutica pré-operatória. Contudo, o efeitos desses fármacos são temporários, com crescimento recorrente gradual dos leiomiomas após interrupção do tratamento (KATZUNG & TREVOR, 2017). A limitação desses medicamentos muito se refere a seus efeitos colaterais. Esses são causados pela acentuada redução dos níveis séricos de estrogênio em até 95% das mulheres. Os efeitos colaterais incluem redução da libido, sintomas vasomotores e ressecamento do epitélio genital que pode ser acompanhado de dispareunia. Ademais, o tratamento com esses fármacos pode resultar em perda de até 6% de osso trabecular, a qual pode não ser totalmente recuperada após a interrupção do tratamento. Pode ser administrado juntamente à terapia de apoio com medicamentos como estrogênio combinado com progestogênio com formulações de doses baixas equivalentes à terapia hormonal para menopausa e moduladores seletivos do receptor de estrogênio (MSREs), como tibolona e raloxifeno, a fim de conter os efeitos colaterais, sem atenuar os efeitos sobre a redução do volume uterino e do leiomioma. Por conseguinte, esses medicamentos não são indicados como tratamento isolado por períodos superiores a 6 meses (HOFFMAN *et al.*, 2014);
5. **Antagonistas de GnRh**: atuam através do mecanismo de competição clássica (VILOS *et al.*, 2015). Seus efeitos hipoestrogênicos profundos são similares ao dos agonistas do GnRH, entretanto, sua ação é mais rápida;
6. **Antiprogesterogênicos**: ligam-se competitivamente aos receptores de progesterona, com destaque ao do tipo A (PR-A), promovendo efeitos universalmente antagônicos a ela. Quando promovem efeitos antagônicos a progesterona em alguns tecidos e efeitos progestogênicos em outros, são chamados moduladores seletivos do receptor de progestogênio (MSRPs). Não existe, atualmente, nenhum medicamento para uso terapêutico com essa indicação em razão se seus efeitos abortivos e de redução de medula óssea, porém, estudos indicam eficácia no tratamento desses tumores (HOFFMAN *et al.*, 2014) quando usado nas doses de 5, 25 ou 50 mg por dia durante 6 meses (FEBRASGO, 2004).

Em relação à conduta cirúrgica, a histerectomia e a miomectomia são amplamente empregadas. A primeira consiste na remoção cirúrgica do útero, sendo considerado tratamento definitivo e mais comumente aplicada na prática médica, e a segunda consiste em retirada exclusivamente do mioma. A histerectomia pode ser realizada via vaginal, abdominal ou laparoscópica (HOFFMAN *et al.*, 2014), devendo a escolha ser baseada no treinamento do cirurgião, conforto e experiência. Deve ser utilizada, se viável, a abordagem minimamente invasiva (VILOS *et al.*, 2015).

Estudos indicam taxa de satisfação de 90% em mulheres cuja histerectomia foi realizada em função de leiomiomas sintomáticos, com melhora em sintomas clínicos, psicológicos e na disfunção sexual. A histerectomia só é indicada em caso de leiomiomas assintomáticos caso haja aumento dos tumores após a menopausa, sem TRH, pois, embora rara, levanta suspeita para leiomiossarcoma. Esse procedimento, por sua vez, não deve ser recomendado como profilaxia.

Caso haja desejo de preservação do útero e da fertilidade, a miomectomia é uma alternativa, também possível ser realizada por via laparotômica, laparoscópica e histeroscópica (HOFFMAN *et al.*, 2014). Embora a miomectomia reduza os riscos de lesão uretral, há maior risco de perda de sangue e maior tempo cirúrgico, quando comparada à histerectomia. Ademais, relata-se recorrência de 10% a 20% em mulheres submetidas à miomectomia sendo, por vezes, necessária a realização de histerectomia em um período de 5 a 10 anos. O risco de recorrência se associa à idade, número de miomas pré operatórios, tamanho do tumor, doenças subjacentes e parto pós-miomectomia (VILOS *et al.*, 2015). A miomectomia também produz melhora na dor, infertilidade e menorragia em 70-80% das pacientes.

A torção de leiomioma uterino é considerada uma emergência cirúrgica. O diagnóstico pré-operatório oferece limitações aos exames de imagem, havendo confirmação, geralmente, intra operatória. Entretanto, é necessário que este seja feito de maneira precoce, uma vez que essa complicação é capaz de lavar a isquemia ou necrose, corroborando para coagulopatia consumptiva ou dor severa. O infarto hemorrágico do leiomioma, se não tratado, pode acarretar em uma infecção que pode ser seguida de peritonite (NIGAM *et al.*, 2014).

Prognóstico

Dados de longo prazo acerca do prognóstico de leiomiomas uterinos não tratados são escassos, principalmente se as pacientes são assintomáticas no momento no diagnóstico. Um estudo de caso-controle feito com um grupo de 106 pacientes, demonstrou que em mulheres mantidas exclusivamente sob terapia expectante não tiveram mudanças em seus sintomas ou grandes impactos na qualidade de vida. Esses tumores tendem a encolher ou sofrer fibrose após o climatério (LETHABY & VOLLENHOVEN, 2015).

É preciso ressaltar que a ocorrência de complicações é um fator de piora do prognóstico. No que diz respeito à torção de leiomioma pediculado, após abordagem cirúrgica, o prognóstico é favorável.

CONCLUSÃO

Mediante o exposto, os leiomiomas uterinos, apesar de sua etiologia benigna, predispõe a complicações, como no caso relatado, estão cada vez mais comuns. Isso se dá devido à alta

prevalência desses tumores na população feminina, ao negligenciamento diagnóstico e terapêutico e ao acompanhamento irregular das pacientes. Assim, essas pacientes, principalmente quando sintomáticas, se possuem a abordagem e o tratamento adequados, diminuem a morbidade desta doença e seu impacto social. Portanto, é necessário atentar-se à realização de uma assistência clínica e terapêutica cuidadosas das pacientes, a fim de diminuir a morbidade da doença, bem como estratégias que visem o acolhimento e acompanhamento dessas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DOLMANS, M.M. *et al.* Uterine fibroid management: Today and tomorrow. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, v. 45, p. 1222, 2019.
- DONNEZ, J. *et al.* Uterine fibroid management: from the present to the future. *Human Reproduction Update*, v. 22, p. 665, 2016.
- FEBRASGO. Manual de Orientação Leiomioma Uterino. 2004. Disponível em: <<http://www.itarget.com.br/newclients/sggo.com.br/2008/extra/download/LEIOMIOMA-UTERINO>>. Acesso em: 25 out. 2020.
- GUPTA, S. & MNYONDA, I.T. Acute complications of fibroids. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, p. 609, 2009.
- HOFFMAN, B.L. *et al.* Ginecologia de WILLIAMS. 2 ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.
- KATZUNG, B.G. & TREVOR, A.J. Farmacologia Básica e Clínica. 13 ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.
- KUMAR, V *et al.* Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- LAI, Y.L. *et al.* Torsion of pedunculated subserous uterine leiomyoma: A rare complication of a common disease. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 57, p. 300, 2018.
- LAUGHLIN, S.K. & STEWART, E.A. Uterine leiomyomas: Individualizing the approach to a heterogeneous condition. *Obstetrics and gynecology*, v. 117, p. 396, 2011.
- LETHABY, A. & VOLLENHOVEN B. Fibroids. Uterine myomatosis, leiomyomas *BMJ Clinical Evidence*, v. 2015, p. 814, 2015.
- VILOS, G.A. *et al.* The management of uterine leiomyomas. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, v. 37,2, p. 157, 2015.
- MALCOLM, G. & MUNRO, M.D. Uterine polyps, adenomyosis, leiomyomas, and endometrial receptivity. *Fertility and Sterility*, v. 111, p. 629, 2019.
- NIGAM, A. *et al.* Twisted subserosal leiomyoma in a non-gravid uterus: A rare cause of acute abdomen, *Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 34, p. 657, 2014.
- PARIENTE, R.A *et al.* Torsion of a pedunculated subserous leiomyoma: A rare cause of acute abdominal pain. *Eurorad*, case 16381, 2019.
- THANASAS, I.K. *et al.* Twisted pedunculated subserosal uterine leiomyoma, a rare disease. *International Research Journal of Public and Environmental Health*, v. 4, p. 132, 2017.
- WEINREB J.C. *et al.* The value of MR imaging in distinguishing leiomyomas from other solid pelvic masses when sonography is indeterminate. *American Journal of Roentgenology*. v. 154, p. 295, 1990.

73

IMPLICAÇÕES DO CÂNCER DE MAMA NA SAÚDE DAS MULHERES

FILIAÇÃO

1 Discente de Medicina, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, DF.

AUTORES

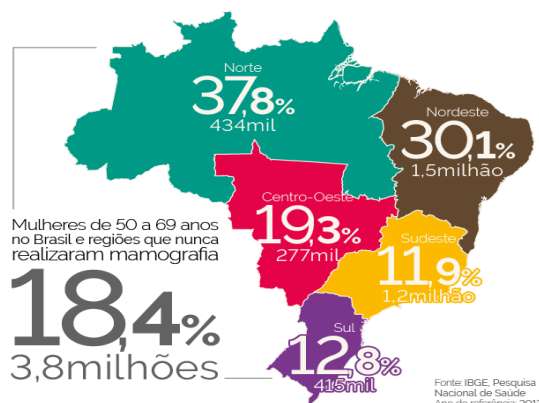
MARIA LUISA OLIVEIRA SANTANA¹
JADE TORRES GOLDFELD NEIVA MORONI¹
EVELIN CARRIJO COUTO MAGALHÃES¹
LUANA MENDANHA NETO¹
NATÁLIA CABRAL PERISSÊ¹
THAÍS FERNANDA FARIA MOREIRA¹

Palavras-chave: Saúde; Câncer; Mama.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um tumor maligno que ataca o tecido mamário e que provoca uma multiplicação desalinhada das células. Logo, existem vários tipos deste tumor que evoluem de diferentes maneiras e apresentam sintomatologia diferente em cada organismo, isto devido as características específicas de cada um. Associada a isso, o câncer de mama possibilita um diagnóstico em fases iniciais, tendo como principal sintoma o nódulo, frequentemente, indolor e fixo. Dessa forma, o rápido diagnóstico possibilita tratamentos mais eficientes e uma maior taxa de sucesso.

Figura 1. Escassez da realização de mamografia

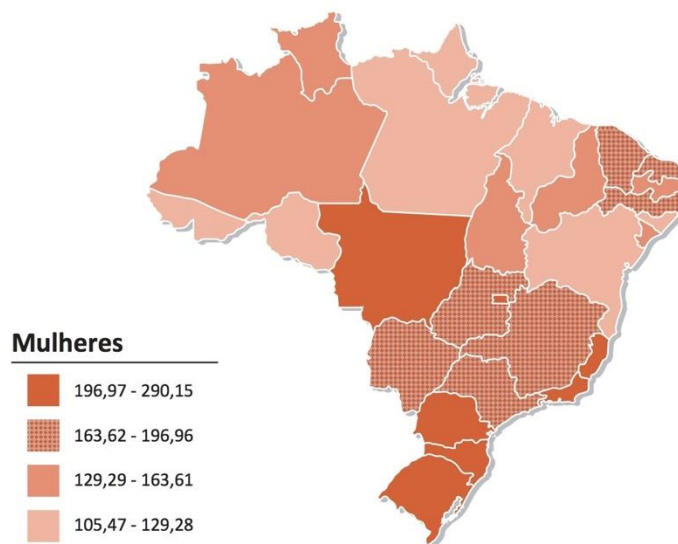


Fonte: IBGE

Congruente a isto, o dia 28 de março é o Dia Internacional da Luta pela Saúde da Mulher associado ao Dia Nacional da Redução da Mortalidade Materna. Assim, com a preocupação com a saúde da mulher, unida ao objetivo de conscientização sobre o câncer de mama, foi instituída em 1988 pelo Ministério da Saúde, o dia 27 de novembro, como o dia Nacional de Luta Contra o Câncer de Mama. Portanto, por ser o segundo câncer mais comum no mundo e o mais comum entre as mulheres, é de extrema relevância a sua prevenção e combate em toda a sociedade, conscientizando não somente as mulheres, mas seus respectivos familiares. Ademais, o Outubro Rosa foi criado em 1990 pela Fundação Susan G. Komen for the Cure, com a finalidade de divulgar informações e destacar a importância da prevenção no combate dessa doença. Assim, essa data é celebrada todos os anos e, desde 2010, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) participa do movimento e promove encontros para se debater sobre o tema e materiais educativos para o acesso de toda a população.

Figura 2. Incidência do câncer de mama nas regiões brasileiras

Representação espacial das taxas ajustadas* de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (todas as neoplasias malignas, exceto as de pele não melanoma)



Fonte: INCA

Contudo, é importante notar que além de ser uma doença que atinge uma grande porcentagem de mulheres, o câncer de mama não se limita somente ao aspecto físico, mas envolve todo o psicossocial da mulher, isto é, uma mistura de sentimentos e experiências passadas ao longo da doença acompanhadas da transformação do corpo, o que gera uma grande insegurança em relação ao seu corpo. Dessa maneira, o cuidado dos profissionais da saúde, como médico, enfermeiros, entre outros, não é somente para tratar o câncer em si, mas mulheres sentimentalmente abaladas que nem sempre têm um apoio familiar para lidar com a situação.

O objetivo desse estudo é analisar que a saúde da mulher não está aliada somente com a parte física em si, mas que a parte psicossocial é de extrema notoriedade. Especificamente aliado ao câncer de mama, todo o contexto em que a mulher está inserida durante o período que enfrenta o câncer influencia diretamente como ela irá se sentir acolhida e amada em confronto com a baixa autoestima e sentimentos de incapacidade.

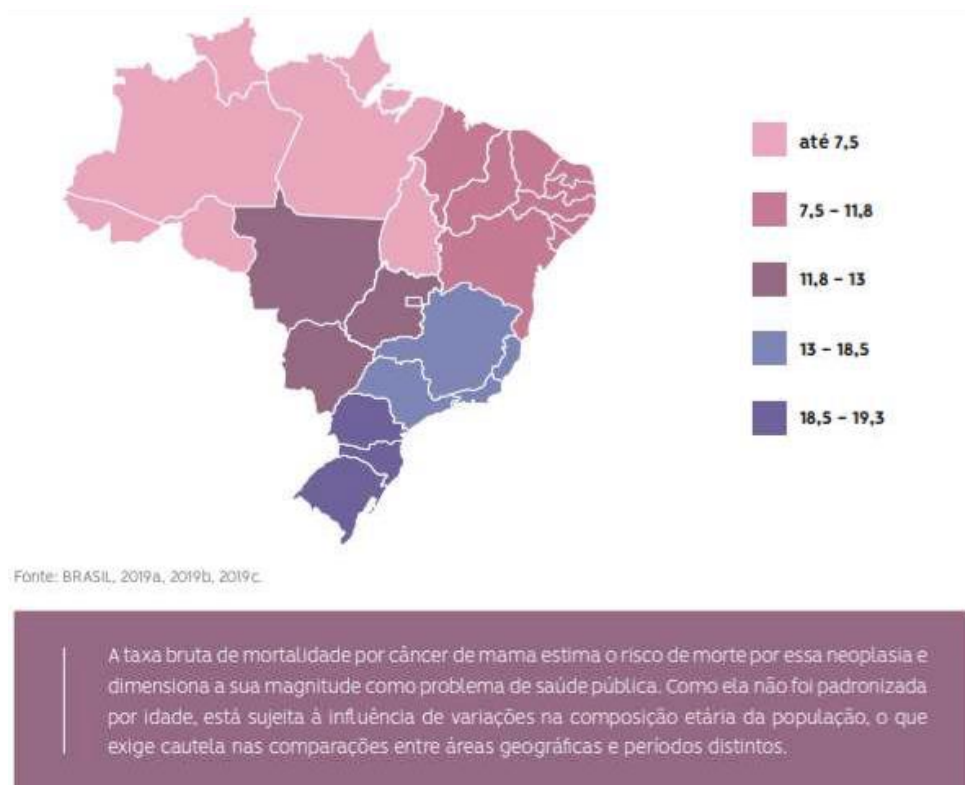
MÉTODO

O presente estudo foi realizado por meio de uma revisão não sistemática da literatura, na qual foram selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos. Adicionalmente, foram incluídos artigos e livros-texto clássicos da literatura sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer de mama é o mais diagnosticado entre mulheres. De acordo com o Informe Epidemiológico do Câncer de Mama (2019), os tumores na mama são raros antes dos 35 anos e sua incidência vai aumentando, principalmente após os 50 anos.

Figura 3. Taxa Bruta de Mortalidade por Câncer de Mama nas Regiões Geográficas do Brasil



Fonte: INFORME EPIDEMIOLÓGICO – CÂNCER DE MAMA – OUTUBRO ROSA, 2019.

Concomitante a isso, a Figura 3 mostra que as diferentes regiões do país apresentam diferentes concentrações da taxa de mortalidade, consequência de como a população se conscientiza sobre a importância da prevenção a intervenção de tratamento precoce caso necessário, reduzindo assim, o número de mortalidade. Posto isso, o uso de propagandas como mecanismo de alerta as mulheres sobre o câncer fazem notável diferença na maneira como ele é enxergado e também como a sociedade deve agir em prol de não praticar a discriminação e preconceito contra as mulheres doentes, e sim o respeito e a solidariedade em um momento tão difícil.

Por seguinte, a relevância do diagnóstico precoce (indicativo de sinais ou sintomas) e o rastreamento são de extrema notabilidade para que a mulher seja bem sucedida no seu tratamento

médico. Assim, entre os sinais de diagnóstico precoce estão qualquer nódulo mamário em mulheres acima de 50 anos, retração na pele da mama, mudança no formato do mamilo, entre outros. Outrossim, no Brasil, conforme as diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama, a mamografia é considerada o único exame cuja os programas de rastreamento representam eficácia comprovada.

Figura 4. Fatores de risco no diagnóstico do câncer de mama



No entanto, além de encarar o câncer de mama como um longo desafio pela frente, a mulher se depara abalada emocionalmente, com um sentimento de ansiedade, aflição, perda de autoestima e eventual depressão, já que pode sofrer alterações nas suas mamas. Dessa forma, as diferentes relações em comunidade, isto é, colegas de trabalho, eventual religião, familiares, influenciam diretamente sobre o comportamento da mulher com câncer, pois o apoio a fortalece, com um sentimento de acolhimento, mas qualquer tipo de discriminação a deixa se abalar e abre portas para entrada em um processo depressivo e de constante tristeza, com vergonha de sair até mesmo na rua. Isso acontece, porque o ser humano é movido de suas relações interpessoais, ou seja, o meio tem intervenção sobre suas relações sociais.

Desse modo, todo este suporte da família é a aplicabilidade da definição do que é o Apoio Social, como as relações interpessoais em que a existência ou disponibilidade das pessoas em confiar, demonstrar preocupação com o outro, valorizar, comunicar-se ou ajudar com os recursos disponíveis.

Além de tudo, um intrínseco ponto a ser notado são os grupos de apoio com as mulheres com câncer de mama. Assim, estes grupos ajudam as mulheres como um apoio considerável de tratar a insegurança e o medo que circunda as suas vidas durante esse período, já que ao se ter histórias de superação de pessoas que passaram pelas mesmas circunstâncias que você. Isto tem um caráter mais forte de incentivo de que todo esse processo doloroso irá ser superado e que se tem o apoio de tantas mulheres enfrentando a batalha ao seu lado. Por exemplo, o grupo Pérolas de Minas, que apoiam mulheres com o diagnóstico de câncer de mama.

Ainda, o tratamento do câncer de mama vai depender do estágio em que a doença se encontra. Por consequência, pode ser que se tenha a necessidade da retirada do nódulo do seio, a chamada quadrantectomia, retirando apenas uma parte da mama. Entretanto, se for um estágio muito avançado, a mastectomia é feita removendo completamente uma ou ambas as mamas. Destarte, a

remoção do seio uma grande perda pra mulher, relativo à sua feminilidade, pois querendo ou não, a sua identidade feminina é perdida nesse momento. Logo, essas alterações no corpo da mulher provocam sentimentos de culpa, inadequação e culpa e prejudicam também a sexualidade, não ligada só ao sexo, mas também sensualidade e aceitação do próprio corpo.

Figura 5. Relação da ansiedade e depressão com a autoestima

		ABAIXO DA MEDIA (%)	ACIMA DA MEDIA (%)
DEPRESSÃO	Presença	62,5	0
	Provável	12,5	14,3
	Ausência	25	85,7
ANSIEDADE	Presença	56,3	7,1
	Provável	31,2	28,6
	Ausência	12,5	64,3
ADOCIMENTO	Baixa	12,5	21,4
	Moderada	50	35,7
	Grave	37,5	42,9
AUTO-ESTIMA/ AUTO-CUIDADO	Preservada	37,5	57,2
	Rebaixada	37,5	21,4
	Baixa	25	21,4

Fonte: Informe Epidemiológico do Câncer de Mama, 2019.

Estatísticas de outros países

De acordo com a American Cancer Society, estima-se que houve no ano de 2020, nos Estados Unidos, cerca de 1.806.590 casos de câncer. Destes, entre as mulheres, o câncer de mama representa cerca de 30%, ou seja, o mais frequente. Congruente a isso, a diminuição da taxa relativa de mortes por câncer nos EUA, por exemplo, entre 1991 e 2017 caiu em cerca de 63.000 mil/100.000 habitantes, sendo resultado também do diagnóstico precoce (prevenção secundária por rastreamento) em câncer de mama e câncer colorretal.

Além do mais, no Japão, de acordo com as estatísticas do governo, cerca de 14.000 mulheres morrem no Japão em decorrência do câncer de mama por ano. Como consequência disso, a Universidade de Kobe amplificou uma técnica de mamografia usando micro-ondas para que as mulheres sofressem menos dor ao realizar o exame.

CONCLUSÃO

A partir deste capítulo é importante notar que o câncer de mama é uma enfermidade que infelizmente afeta uma grande quantidade de mulheres e, além do sofrimento com a parte física da mulher, a parte emocional é grandemente afetada e tem influência direta em todo o tratamento.

Portanto, não só os profissionais de saúde que estão lidando diretamente com a doença, mas a própria família e amigos são uma parte crucial para auxiliar a mulher a lidar com o câncer e ser um suporte de apoio e motivação diária pra ela, que irá passar por tantas dores e sofrimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERLAY, J. *et al.* Global and Regional Estimates of the Incidence and Mortality for 38 Cancers: GLOBOCAN 2018. Lyon: International

GLOBAL CANCER STATISTICS 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018 Sep 12. doi: 10.3322/caac.21492

INCA. Estimativa 2018. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018>. Acesso em Outubro de 2018.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q.* 1971;49:509-538.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization; 2018

74

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES NO ESTADO DE ALAGOAS ENTRE OS ANOS 2015-2017

FILIAÇÃO

¹ Graduação em Enfermagem pela Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios/AL.

² Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas, campus Arapiraca/AL.

³ Médico, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, João Pessoa/PB.

⁴ Mestre em Nutrição na área de concentração de epidemiologia dos agravos nutricionais, UFRJ, Docente da Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios/AL.

AUTORES

MARCELA PORANGABA LOPES¹

AMANDA DE MACÊDO FERRAZ¹

CARLA SOUZA DOS ANJOS²

CLARA CAROLLYNE LINS DE SOUZA¹

EMANUELE TAVARES DA COSTA¹

EMANUELLY KESLEY DE FREITAS LIMA

FRANCIARE VIEIRA SILVA¹

JÚLIA PEREIRA DE MOURA FERREIRA¹

LAÍSSA KEILLA BRITA BARBOSA¹

NEÍDE FERNANDA DE OLIVEIRA SILVA¹

REUDO HELENO AMORIM PEREIRA FILHO³

ROMARIO HENRIQUE DA SILVA¹

VITÓRIA RODRIGUES CORREIA DE SOUZA¹

YANA BEATRIZ FARIAS LOPES¹

RAFAEL ROCHA DE AZEREDO⁴

Palavras-chave: Violência Doméstica; Saúde da Mulher; Perfil Epidemiológico.

INTRODUÇÃO

O termo “violência” geralmente é associado apenas a agressão física, entretanto, segundo o Ministério da Saúde (MS) o conceito de uso intencional de poder ou força é amplo e modifica-se de acordo a categoria da violência que subdivide-se em: autoprovocada, quando praticada contra si próprio como o suicídio; a interpessoal, praticada de pessoa a pessoa como a doméstica, e ainda a comunitária, que está associada a um ato coletivo realizado por organizações contra os poderes sociopolíticos e econômicos (GUSMÃO *et al.*, 2018).

O termo violência doméstica (VD) é definido como a violência entre membros de um ambiente comum familiar, e dividido, em geral, em cinco categorias: a psicológica, quando causa danos psicológico e emocional que reduza a autoestima, comportamentos, cultura, sendo empregada sob forma de ameaça, constrangimento, humilhação, para haver manipulação e isolamento da vítima; a moral, atrelada a ações de calúnia ou difamação que causem danos morais e sociais a vítima; a patrimonial, compreendida por ações de destruição de objetos pessoais da vítima, bens, valores, e redução de direitos econômicos; a sexual, associada a condutas de constrangimento diretas

ou indiretas referentes ao ato sexual como presenciar, manter ou participar de uma relação de forma não desejada, com uso de intimidação ou força, além disso, o fato de comercializar a sexualidade com prostituição efetiva ou fotos de forma indesejada, o impedimento de uso de qualquer contraceptivo, forçando a gravidez, aborto ou limitando os direitos sexuais e reprodutivos também faz parte desse tipo de violência; e a física, que afeta a integridade ou saúde corporal (GUIMARÃES & PEDROZA, 2015)

A VD contra a mulher é um fenômeno crescente em todo o mundo, sendo considerado um grave problema de saúde pública da atualidade, devido ao aumento do número de casos, bem como, o fato de acarretar adoecimento físico e mental do grupo em questão. Apesar dos avanços das políticas públicas para mulheres, o Brasil ainda é considerado um país machista e, de acordo com uma pesquisa realizada em 2015 pela FLACSO/BR, ocupa o 5º lugar nas taxas de homicídio feminino em uma amostra de 83 países (CORREIA *et al.*, 2018; MEDEIROS & ZANELLO, 2018).

Dentro deste contexto, considerando que o Brasil é um dos países com altas taxas de VD e a escassez de dados referentes ao estado de Alagoas, questionou-se: “qual é o perfil epidemiológico da VD sofrida por mulheres no estado de Alagoas?”. Assim, realizou-se um levantamento de dados epidemiológicos com o objetivo de analisar o perfil epidemiológico da VD no estado Alagoas no sexo feminino de 2015 a 2017.

MÉTODO

Estudo ecológico retrospectivo e quantitativo dos dados epidemiológicos de violência doméstica contra mulher no estado de Alagoas no período compreendido entre 2015 e 2017. Foram utilizados os dados secundários coletados na aba de violências interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do banco de dados disponível no Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

As variáveis utilizadas foram: sexo, faixa etária, raça, escolaridade, local de ocorrência, tipos de violência, tipo de agressor(a), região de saúde por residência e natureza da violência. Os dados foram categorizados de acordo com os intervalos definidos através do SINAN, sendo adaptados para facilitar a apresentação das informações apenas os intervalos agrupados para a variável faixa etária, que ficaram categorizados em: Ignorado/Branco, < 1 ano, 1-19 anos, 20-49 anos e > 50 anos de idade. Para a análise, os dados foram organizados através da disposição das variáveis em planilha do Microsoft Office Excel® (versão 2013), foram realizados cálculos de prevalência e os resultados foram organizados para criação de tabelas e gráficos.

Além disso, para comparação dos dados deste estudo, realizou-se a busca por referências de estudos epidemiológicos nas bases de dados SciELO e PubMed, bem como artigos relacionados com a temática da violência doméstica para embasamento científico e, assim, foram selecionadas cinco referências publicadas a partir do ano de 2015.

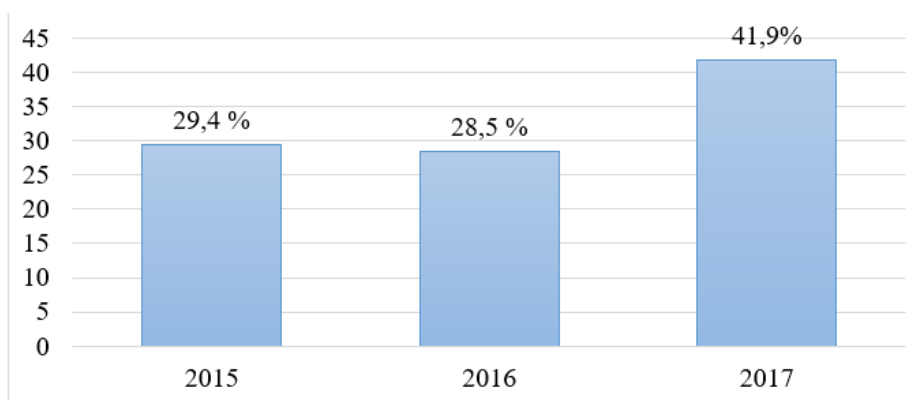
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Estado de Alagoas é uma das menores unidades federativas do Brasil e possui 102 municípios, sendo Maceió a sua capital. O estado alagoano está localizado na região Nordeste do Brasil, ocupando uma superfície de 27.848 km², que corresponde a 0,32% do território brasileiro. Limita-se ao norte com o Estado de Pernambuco, a Leste com o Oceano Atlântico, ao sul com o

Estado de Sergipe e a oeste com a Bahia. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, Alagoas possuía 3.120.494 habitantes (IBGE, 2010).

Identificou-se que no ano de 2015 o total de casos de VD contra a mulher foi de 1.962, o que corresponde a prevalência de 11,4 casos para cada 10.000 habitantes. Já o ano de 2016 o número foi para 1.901 com prevalência equivalente a 11 casos a cada 10.000 e o destaca maior é para o ano de 2017, que possui 2.792 com estimativa de 16 casos a cada 10.000 mulheres. O triênio estudado, quando em conjunto, soma-se o total de 6.655 casos de VD no sexo feminino, havendo o percentual crescente, como observado no Gráfico 1.

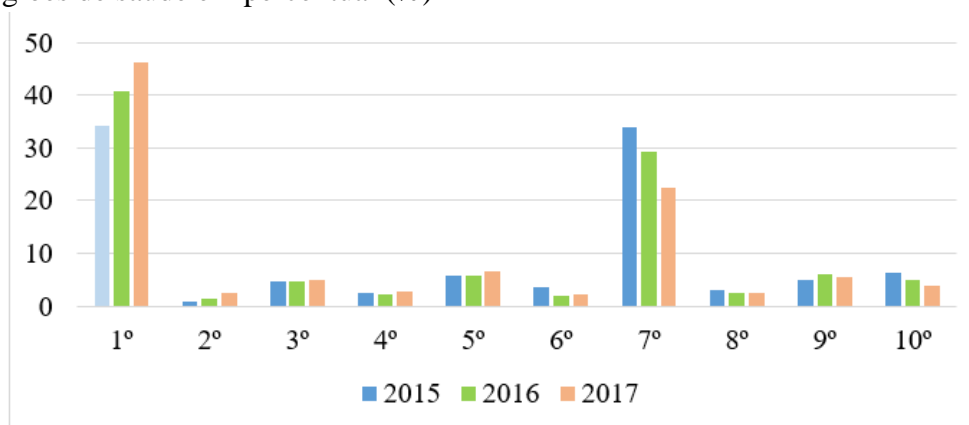
Gráfico 1. Distribuição dos casos de violência doméstica contra a mulher em Alagoas de acordo a variável ano em percentual (%)



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019.

Em relação as regiões de saúde (Gráfico 2), notou-se que, entre as dez regiões de saúde, a 1ª região, que compreende grande parte dos municípios da 1ª macrorregião como a capital do estado Maceió, ganha maior destaque com índices crescentes partindo de 34,1% em 2015 para cerca de 46% em 2017, em seguida a 7ª região de saúde em que os municípios fazem parte da 2ª macrorregião como Arapiraca e outros, destaca-se com uma das maiores taxas em 2015, cerca de 34% que decresceu significativamente e em 2017 obteve, aproximadamente 22,4% dos casos de VD.

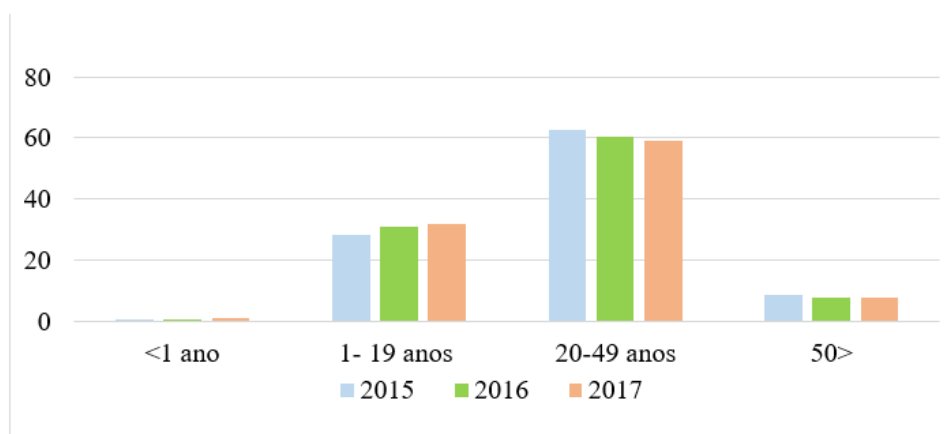
Gráfico 2- Distribuição dos casos de violência doméstica contra a mulher em Alagoas de acordo ao ano e as regiões de saúde em percentual (%)



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019.

O maior número de casos, situam-se em mulheres adultas de 20-49 anos com média no triênio de 62% em 2015 o ano, com prevalência de sete casos para cada 10.000 habitantes, visto semelhante no estudo de Costa, *et al*, 2017. Já em 2016 o percentual caiu para aproximadamente, 60%, o que correspondeu a 6,6 casos para cada 10.000 habitantes e o período de 2017, a taxa decresceu para 59%, sendo a prevalência de 9,4 para cada 10.000 habitantes. Seguindo em relação a faixa etária, a infância e adolescência entre 1-19 anos é enfatizada com taxas crescentes, sendo o a no de 2015 com o menor índice percentual de 28,3%, o que equivale a três casos a cada 10.000 habitantes, o crescimento significativo para 31,1% em 2016 corresponde a uma prevalência semelhante de três casos para cada 10.000 mulheres, já o ano de 2017 o percentual de 31,9% obteve tendência crescente da prevalência, que passou a cinco casos para cada 10.000 habitantes, observado no gráfico 3 a seguir.

Gráfico 3. Distribuição dos casos de violência doméstica contra a mulher em Alagoas de acordo a variável faixa etária adaptada e ano em percentual (%)



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019.

Em relação a raça/cor, em todo período estudado as mulheres pardas são as mais afetadas com a VD, com as taxas expandindo-se de aproximadamente, de 42% em 2015 e 2016 para 54% em 2017, bem como o alto índice de casos ignorados em todos os anos e os dados em branco que não foram registrados no percentual do ano de 2015 compondo cerca de 30% do que resta da soma, como mostra a Tabela 1. Em relação a taxa de prevalência notou-se que o ano de 2015 corresponde a 4,9 casos para cada 10.000 habitantes, em 2016 foram 4,6 casos para cada 10.000 habitantes e 2017, 8,7 casos para cada 10.000 habitantes, números que associa o último ano como o de maior índice.

Tabela 1- Distribuição dos casos de violência doméstica contra a mulher em Alagoas de acordo a variável raça em percentual (%)

Taxa (%) de violência doméstica contra mulheres em Alagoas segundo raça/cor (2015-2017)

Variáveis	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado
2015	8,7	4,2	0,2	42,9	0,4	43,4
2016	9,8	4,5	1,2	42,2	1,1	41
2017	9,5	3,6	2,5	54,2	1,2	28,7

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019.

A escolaridade das vítimas de VD em Alagoas prevalece os índices de casos ignorados, especialmente em 2017, que corresponde a oito em cada 10.000 mulheres, em seguida o ensino fundamental incompleto, que obteve taxas decrescentes, de 22% para cerca de 20% durante o período, com prevalência em 2017 de três para cada 10.000 habitantes, de acordo a tabela 2, observado também na pesquisa de Costa, *et al*, 2017. Em conjunto das duas variáveis, nota-se que as mulheres de raça parda são as que mais possuem ensino fundamental incompleto quando comparadas com as demais em todos os períodos, no ano destaque, ou seja, 2017 dos 579 casos de ensino fundamental incompleto, a raça parda contém 426, o que compreende uma estimativa de 73,5%.

Tabela 2- Distribuição dos casos de violência doméstica contra a mulher em Alagoas de acordo a variável escolaridade em percentual (%)

Taxa (%) de violência doméstica contra mulheres em Alagoas segundo escolaridade (2015-2017)

Variáveis	2015	2016	2017
Analfabeta	3	2,9	2,5
Fundamental Incompleto	22	19,2	20,7
Fundamental Incompleto	4,1	3,7	3,1
Médio Incompleto	6,5	5,2	5,9
Médio Completo	4,5	4,5	6,5
Superior Incompleto	0,9	1,1	1,5
Superior Completo	0,8	1,2	1,3
Ignorado	55,6	59,3	54,7

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019

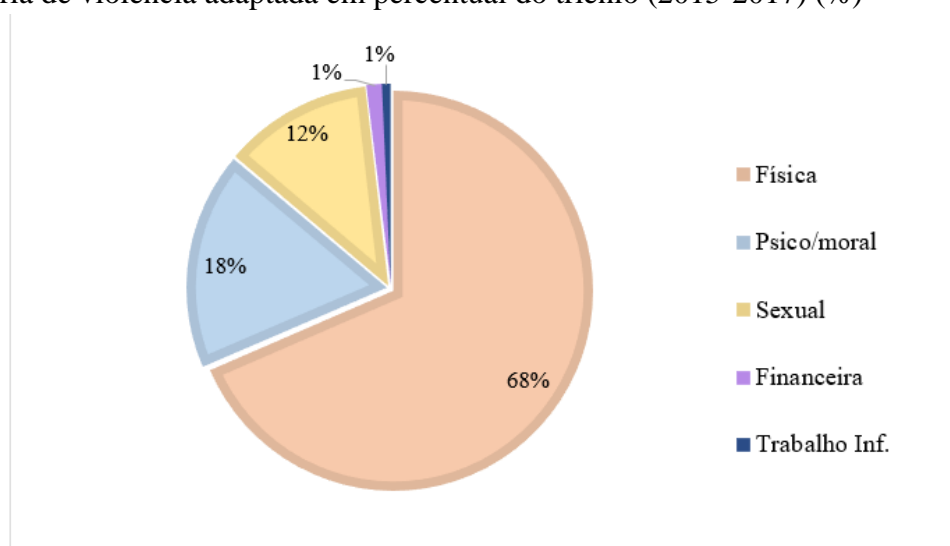
O local de ocorrência mais frequente é na residência em todo período estudado, com medida de 50% dos casos, em seguida os dados maiores são os ignorados e a via pública, como observado na Tabela 3. Em relação a categoria da violência, é observado que a física atinge, aproximadamente, 70% ao fazer junção do triênio estudado, seguida da psicológica/moral com cerca de 18% (Gráfico 4). Em relação ao agressor, o destaque é para o cônjuge em todos os períodos estudados, em junção, a taxa atinge 46% das VD, sendo algo citado na pesquisa epidemiológica de Costa e colaboradores no ano de 2017, podendo ser observado no Gráfico 5.

Tabela 3. Distribuição dos casos de violência doméstica contra a mulher em Alagoas, de acordo a variável local de ocorrência em percentual (%)

Taxa (%) de violência doméstica contra mulheres em Alagoas segundo o local de acontecimento (2015-2017)			
Variáveis	2015	2016	2017
Residência	53,7	50,7	48,4
Habitação coletiva	0,5	0,5	0,3
Escola	0,4	0,4	0,4
Local de prática esportiva	0,05	0,3	0,1
Bar	0,6	1,1	0,6
Via pública	15,4	17,7	16,1
Comércio	0,4	0,5	0,7
Indústrias e construção	0,3	0,05	0,1
Outros	3,7	4,4	2,9
Ignorado	24,7	23,9	30,1

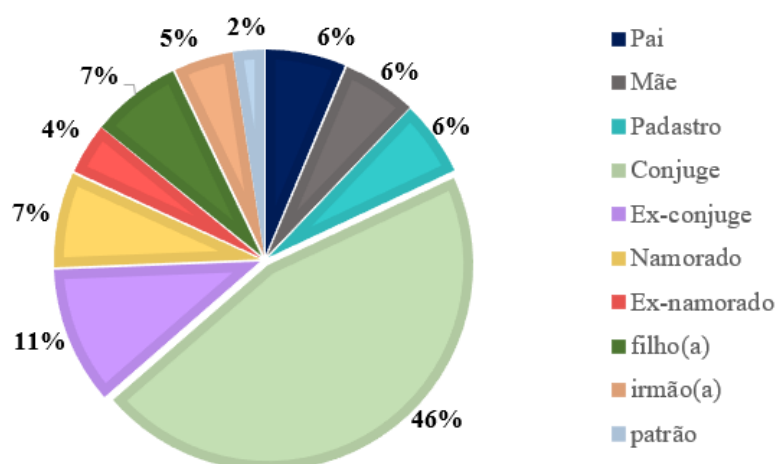
Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019.

Gráfico 4. Distribuição dos casos de violência doméstica contra a mulher em Alagoas de acordo a variável categoria de violência adaptada em percentual do triênio (2015-2017) (%)



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019.

Gráfico 5. Distribuição dos casos de violência doméstica contra a mulher em Alagoas de acordo a variável agressor em percentual do triênio (2015-2017) (%)



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019.

Observou-se ainda que quanto a natureza da violência que as três principais formas, de maior prevalência, são a força/espantamento com média de 42%, seguido do envenenamento, com cerca de 25% e em terceiro lugar o uso de perfurocortantes variando de 11% a 14% dos casos, sendo melhor detalhado na tabela 4, a seguir.

Tabela 4. Distribuição dos casos de violência doméstica contra a mulher em Alagoas de acordo a variável natureza em percentual (%)

Taxa (%) de violência doméstica contra mulheres em Alagoas segundo o local de acontecimento (2015-2017)			
Variáveis	2015	2016	2017
Força/espantamento	41,3	42,3	42,1
Enforcamento	1,3	1,3	1,8
Perfurocortante	12,2	11,8	14,2
Objeto contundente	7,9	6,9	6,4
Substâncias quentes	0,9	0,6	0,6
Envenenamento	25,6	25	25,5
Arma	8,6	8,3	6,9
Assédio	1,4	1,8	2,4
Estupro	8,8	9,1	12

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019.

CONCLUSÃO

As principais vítimas da violência são mulheres adultas que possuem fatores socioeconômicos menos favorecidos, e que por receio do ofensor, que geralmente a espanca e é seu cônjuge, mantêm-se inertes a todo sofrimento. Portanto, torna-se indispensável a identificação das

características epidemiológicas e sociais das vítimas para o planejamento integral das intervenções da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COSTA, Y.L. *et al.* CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SOFRIDA POR MULHERES EM ALAGOAS. 69ª Reunião Anual da SBPC - UFMG - Belo Horizonte/MG, 2017. >http://www.sbpnet.org.br/livro/69ra/resumos/resumos/2334_19cb3ddf53e574b8b007653461a1a9c83.pdf<

CORREIA, C.M. *et al.* Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), v. 14, p. 219, 2018.

GUIMARÃES, M.C. & PEDROZA, R.L.S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. Psicologia & Sociedade, v. 27, p. 256, 2015.

GUSMÃO, R.O.M. *et al.* A violência e seus imbricamentos com o campo da saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. Saúde e Pesquisa, v. 11, p. 603, 2018.

MEDEIROS, M.P. de & ZANELLO, V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 18, p. 384, 2018.

75

PORENCEFALIA COM DIAGNÓSTICO PÓS NATAL DE AGENESIA DE CORPO CALOSO: RELATO DE CASO

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas- SP.

² Docente de obstetrícia e ginecologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas- SP.

³ Residente de obstetrícia e ginecologia do Hospital PUC-Campinas.

AUTORES

ANA PAULA RAMIRES CHIMINAZZO¹

MARIA LUISA PELAES STIPP¹

MARINA ROMANO CAPELLINI¹

MARIANE MASSAINI BARBIERI²

NATHALLIA SOUZA GUARIENTO³

Palavras-chave: Porencefalia; Agenesia do Corpo Caloso; Cistos do Sistema Nervoso Central.

INTRODUÇÃO

As lesões císticas cerebrais foram originalmente descritas por R. Heschl em 1859, que denominou a palavra de origem grega, porencefalia, como o termo que representaria os cistos e as cavidades cerebrais resultantes de um processo encefaloclástico de diversas etiologias.

A porencefalia é um distúrbio congênito raro que resulta em degeneração cística, encefalomalácia e na formação de cistos porencefálicos, que podem resultar de uma anomalia do desenvolvimento ou de um insulto intraparenquimatoso pré-parto. É caracterizada como uma cavidade intracerebral contendo líquido cefalorraquidiano, que pode ou não se comunicar com o sistema ventricular, espaço subaracnoideano ou ambos.

O cisto é revestido por substância branca, que pode ou não demonstrar evidência de gliose. Ocorre com mais frequência durante a gestação precoce, porém o desenvolvimento da gliose dependerá da idade em que o insulto ocorreu, geralmente em até 20 semanas de gestação, forma mais comum da porencefalia familiar. Se o insulto ocorrer posteriormente, as manifestações podem aparecer, geralmente, após o início do terceiro trimestre.

A etiologia da porencefalia está relacionada com isquemia cerebral perinatal, trauma, infecção como por citomegalovírus, hemorragia intraparenquimatosa pré-natal, anomalias do desenvolvimento cerebral, como as disgenesias de corpo caloso por malformação do telencéfalo, ou até mesmo fatores genéticos, como ocorre com a porencefalia familiar. A porencefalia pode ser causada pela agenesia de corpo caloso. O corpo caloso é a maior via de associação entre os hemisférios, sendo formado por fibras que cruzam o plano sagital mediano e penetram de cada lado do cérebro para unir áreas simétricas do córtex de cada hemisfério cerebral. A formação dessa via

tem início em torno da 12^a semana de gestação e está completa entre a 18^a e 20^a semanas de vida intra-uterina.

O diagnóstico se dá por exames de imagem, sendo a ultrassonografia o exame complementar inicial que pode demonstrar achados característicos da porencefalia, tanto no pré natal como no pós-natal. Com o avanço tecnológico, contamos com a tomografia e a ressonância magnética para diagnóstico preciso, identificação do insulto patológico e até mesmo para afastar possíveis diagnósticos diferenciais como a esquizencefalia, cisto neuroglial, cisto aracnóide, holoprosencefalia, entre outros. Os cistos e cavidades causam uma ampla gama de sintomas fisiológicos, físicos e neurológicos.

O objetivo desse estudo foi relatar o caso de um paciente diagnosticado com porencefalia fetal no terceiro trimestre da gestação com diagnóstico pós natal de agenesia de corpo caloso.

RELATO DE CASO

Paciente JCS, 24 anos, G2P1C0A0, sem comorbidades, vícios ou mal passado obstétrico, iniciou o pré-natal com nove semanas de gestação, classificada como baixo risco. Durante a gestação não apresentou intercorrências e possuía sorologias normais, inclusive para toxoplasmose e citomegalovírus, assim como os demais exames de rotina do pré-natal. No seguimento do pré-natal realizou exames ultrassonográficos incluindo morfológico de segundo trimestre com idade gestacional de 24 semanas e dois dias com anatomia ecográfica fetal sem alterações.

Ao realizar uma ultrassonografia obstétrica de terceiro trimestre, com idade gestacional de 35 semanas, foram encontrados os primeiros indícios de anormalidade fetal. O exame indicou alteração morfológica do parênquima cerebral compatível com porencefalia. Apresentou formação cística de contornos irregulares, hiperecóticos e serrilhados, sem fluxo ao estudo Doppler, medindo 45 x 45 mm, associado a desvio da linha média e do átrio ventricular adjacente. Dados antropométricos compatíveis com a idade gestacional. Líquido amniótico em quantidade normal de 134 mm. Placenta única, corporal anterior em grau II de maturidade.

A gestação se estendeu até 38 semanas e a paciente entrou em trabalho de parto naturalmente. O recém-nascido, nascido de parto vaginal sem intercorrências, apresenta sexo masculino, APGAR 9/10, perímetro cefálico de 38 cm com fontanela ampla, Capurro 39 semanas e 4 dias, peso 3605 gramas. Seu tipo sanguíneo era A positivo, assim como o de sua mãe.

Iniciou seguimento com neurologia e pediatria desde o nascimento e realizou ultrassonografia transfontanela no primeiro dia de vida, que evidenciou cisto de conteúdo anecóico, irregular, em região parieto-temporal à esquerda medindo 4,4 x 3,8 x 3,9 cm e em região frontal-parietal à esquerda medindo 6,7 x 2,2 x 2 cm com desvio de linha média à direita. Corpo caloso não observado, assim como o ventrículo lateral esquerdo.

Aos quatro meses realizou novo ultrassom transfontanela que apresentou formações císticas em hemisfério esquerdo: próximo a cortical medindo 8 x 4,1 cm; na linha média de 5,8 cm de maior diâmetro e parieto-occipital com 8 cm de maior diâmetro, com desvio de linha média.

O lactente é submetido a tomografia de crânio com sinais de disgenesia de corpo caloso. Nota-se imagem alongada, com densidade semelhante ao líquido, medialmente ao ventrículo lateral esquerdo, podendo corresponder a um cisto aracnoide inter-hemisférico. Sugeriu-se correlação com ressonância magnética para melhor avaliação e diagnóstico para descartar a possibilidade de

eventuais porencefalia. Ventrículo lateral esquerdo parcialmente caracterizado. Ventrículo lateral direito paralelo com proeminência da porção inferior (colpocefalia).

Posteriormente, realizou ressonância magnética de crânio que evidenciou agenesia do corpo caloso, além da identificação de volumoso cisto inter-hemisférico multilobulado e assimétrico, (que determina efeito compressivo sobre o ventrículo lateral esquerdo. Após a administração intravenosa do gadolínio não houve impregnação anômala (Figura 1). Não houve restrição à técnica de difusão. Apresentou ausência de hemorragia intracraniana, linha média centrada, cisternas basais, sulcos e fissuras sem alterações, parênquima cerebelar e tronco cerebral sem evidência de anomalia de sinal, tonsilas cerebelares em posição habitual e grandes vasos do sistema vertebro-basilar e carotídeo com calibre e sinal preservados. Por fim, a impressão diagnóstica foi de agenesia de corpo caloso com cisto inter-hemisférico tipo II (Figura 2).

O paciente apresentou evolução satisfatória ao exame físico, com fontanelas amplas e confluentes com perímetro cefálico aumentado para a idade, sem demais alterações. Desenvolvimento neuropsicomotor e antropométrico adequados para a idade.

Figura 1. Ressonância magnética mostrando cistos inter-hemisférios multiloculados e assimétricos

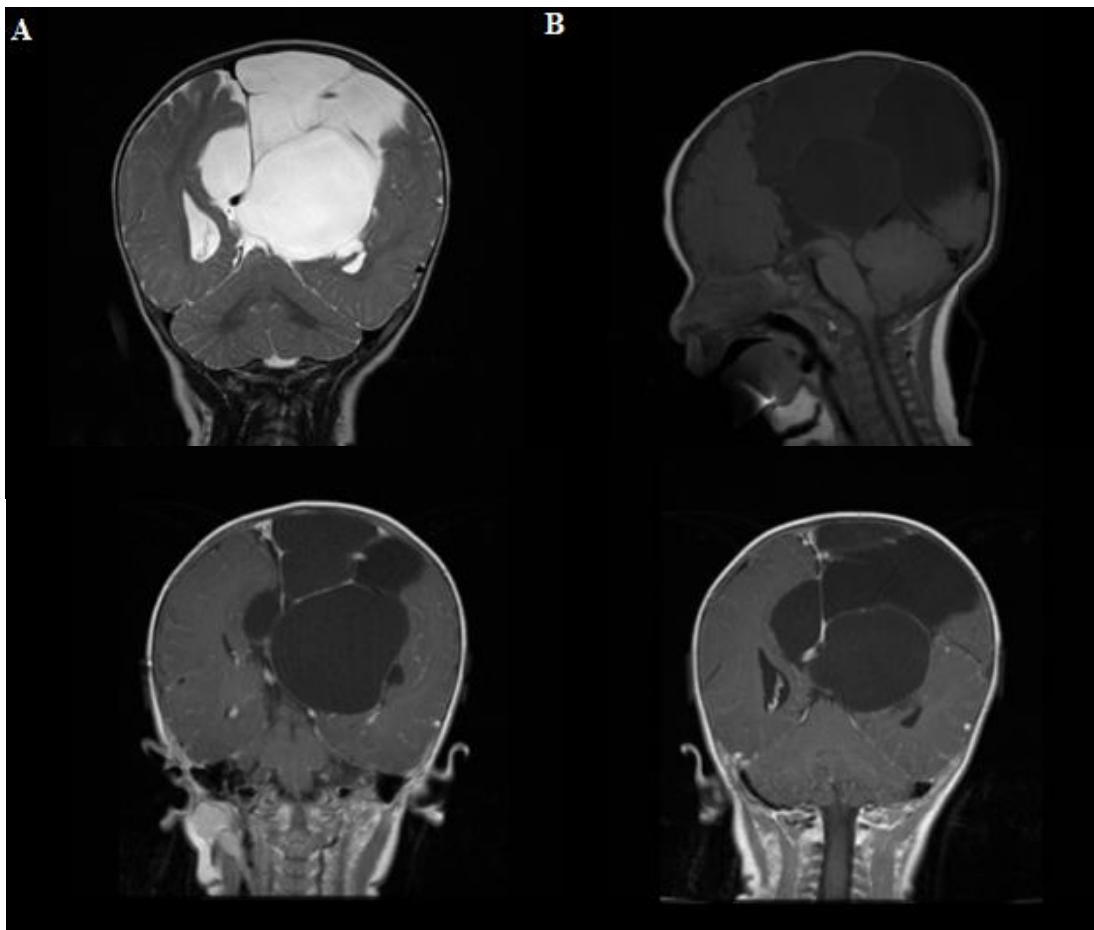
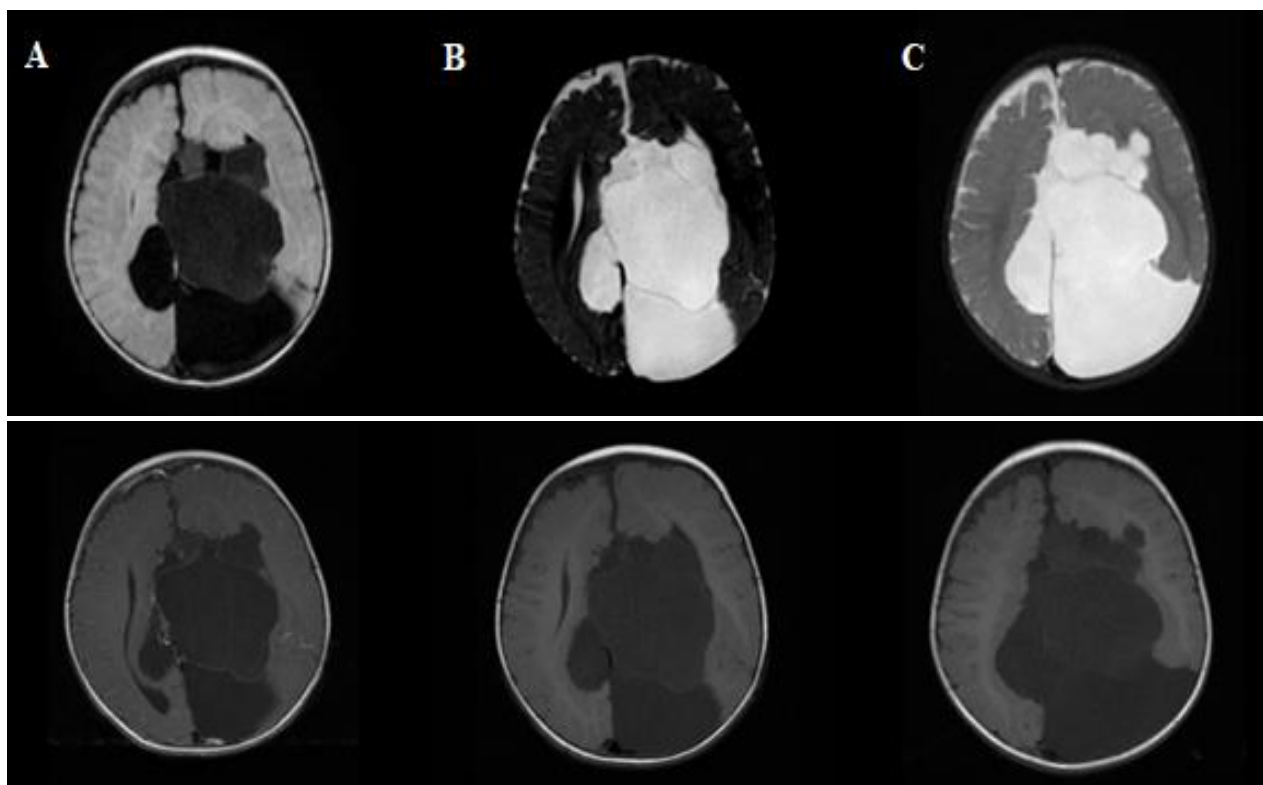


Figura 2. Ressonância magnética evidenciando agenesia do corpo caloso e cisto inter-hemisférico



DISCUSSÃO

A porencefalia é uma doença congênita que resulta da degeneração e formação de cistos porencefálicos, a partir de encefalomalácia focal por um insulto cerebral localizado de etiologia múltipla, sendo que seu diagnóstico pode ser realizado intraútero. Classifica-se a porencefalia em dois tipos: o tipo I ocorre devido a uma hemorragia intraparenquimatosa pré-parto e as lesões do tipo II são anomalias do desenvolvimento.

A detecção dos cistos porencefálicos por exames de imagem, principalmente na fase intrauterina, dependem da época em que ocorreu a encefalomalácia. Cistos associados a porencefalia familiar, uma doença com padrão autossômico dominante que resulta na mutação do gene COL4A2 e do gene COL4A1 levando a vasos sanguíneos frágeis e causando derrames hemorrágicos pré-natais e perinatais, costumam ser diagnosticados mais antecipadamente dos que os de outras causas, pois o processo de glicose tende a se instalar precocemente. Porém se o insulto ocorrer posteriormente, o processo encefaloclástico ocorrerá adiante, assim como suas manifestações, que aparecerão no fim do segundo trimestre de gestação ou somente no terceiro, dentre essas causas, se destacam as digenesias de corpo caloso.

A disgenesia calosa refere-se a uma má-formação com origem na embriogênese do telencéfalo, sendo que o grau de disgenesia do corpo caloso e de anormalidades telencefálicas associadas dependem da época em que ocorreu o insulto. A não decussação das fibras calosas, as quais passam paralelamente à fissura inter-hemisférica na parede medial do ventrículo lateral, podem levar a uma comunicação do terceiro ventrículo com a fissura inter-hemisférica, resultando na formação de cistos inter-hemisféricos, separando-os. Essa malformação pode ser isolada ou

associada a outras síndromes genéticas, erros inatos do metabolismo ou até mesmo outras anomalias do telencéfalo relacionadas a mesma fase da embriogênese.

O paciente em questão apresenta agenesia do corpo caloso tipo I com cisto inter-hemisférico tipo II. Pode-se classificar a agenesia em três tipos: tipo I ou agenesia total, em que o corpo caloso está completamente ausente; tipo II ou agenesia parcial ou hipogenesia, cujo corpo caloso apresenta graus variados de encurtamento, causados principalmente por fatores interruptivos primários ou relacionados a obstrução orgânica; e tipo III ou hipoplasia, em que o corpo caloso é completamente formado, porém apresenta redução em seu tamanho, podendo ser focal ou difusa e em geral está associada a importantes alterações do córtex. Já os cistos inter-hemisféricos podem ser classificados com base na morfologia em cistos do tipo 1, divertículos do terceiro ventrículo ou dos ventrículos laterais, e cistos do tipo 2, cistos loculados, sem comunicação com o sistema ventricular.

Ademais, deve-se fazer diagnóstico diferencial destes cistos associados a agenesia do corpo caloso, daqueles de linha mediana, tais como os porencefálicos e cistos dorsais associados a holoprosencefalia. Neste caso, observa-se a relevância dos cistos de linha média, endossando o diagnóstico fetal de porencefalia por agenesia de corpo caloso.

Deve-se ainda fazer diagnóstico de possíveis síndromes associadas a agenesia de corpo caloso como a síndrome de Dandy-Walker, má-formação de Chiari tipo II, distúrbios da migração neuronal, como a esquizencefalia, a heterotopia nodular e as displasias corticais, defeito da linha mediana, lipomas curvilíneos, lipomas túbulo-nodulares, encefalomalácia periventricular, distúrbios da linha média como as encefaloceles e anomalias faciais, além de outras mais raras, como anomalias oculares, alguns tipos de trissomias, síndrome de Aicardi e espasmos infantis.

O prognóstico tanto do diagnóstico pré-natal de porencefalia, como do diagnóstico pós-natal de agenesia de corpo caloso, fica reservado a extensão da lesão, a encefalomalacia e ao processo de gliose. A associação com outros tratos comissurais pode levar a prognósticos mais reservados. A maioria dos pacientes que apresentam algum dos tipos de disgenesia do corpo caloso são assintomáticos ou oligossintomáticos, porém alguns podem apresentar síndrome da desconexão cerebral, convulsões, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, principalmente se associado a outras malformações, além de macrocrania, que pode ocorrer quando a disgenesia é associada a cistos inter-hemisféricos.

CONCLUSÃO

A porencefalia associada à agenesia de corpo caloso é uma malformação pouco descrita na literatura médica. A ultrassonografia é o exame complementar inicial que pode demonstrar imagens características de porencefalia, tanto no pré-natal como no pós-natal. Com o avanço tecnológico, contamos com a Tomografia e a Ressonância Magnética para diagnóstico preciso, identificação do insulto patológico e até mesmo para afastar possíveis diagnóstico diferenciais, sendo que o prognóstico geralmente depende da extensão e da localização da lesão, porém a gravidade dos sinais e sintomas variam significativamente entre os afetados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CALLEN, P.W. *et al.* Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia, 5ª edição, 2008.
- DEBUS, O. *et al.* Factor V Leiden and genetic defects of thrombophilia in childhood porencephaly. *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal*, v. 78, F121, 1998.
- DEBUS, O. *et al.* (2004). "A mutação do fator V G1691A é um risco para porencefalia: um estudo de caso-controle". *Anais de Neurologia*, v. 56, p. 287, 2004.
- ELLER, K.M. & KULLER, J.A. Fetal porencephaly: a review of etiology, diagnosis, and prognosis. *Obstetrical & Gynecological Survey*, v. 50, p. 684, 1995.
- GRANT, E.G. *et al.* Evolução dos cistos porencefálicos da hemorragia intraparenquimatosa em neonatos: evidências ultrassonográficas. *American Journal of Roentgenology*, v. 138, p. 467, 1982.
- HARADA, T. *et al.* Schizencephaly and porencephaly due to fetal intracranial hemorrhage: a report of two cases. *Yonago Acta Medica*, v. 60, p. 241, 2017.
- HESCHL, R. Gehirndefect und hydrocephalus. *Prag Vjschr Prakt Heilk*, v. 61, p. 59, 1859.
- HO, S.S. *et al.* Porencefalia congênita: características da RM e relação com a esclerose do hipocampo. *American Journal of Neuroradiology*, v. 19, p. 135, 1998.
- ISFER *et al.*, Medicina fetal: diagnóstico pré-natal e conduta, 1996.
- MINGUETTI, G. *et al.* Tomografia computadorizada na agenesia do corpo caloso: achados em 27 casos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 56, p. 601, 1998.
- MOINUDDIN, A. *et al.* Intracranial hemorrhage progressing to porencephaly as a result of congenitally acquired cytomegalovirus infection: an illustrative report. *Prenatal diagnosis*, v. 23, p. 780, 2003.
- MONTANDON, Cristiano *et al.* Disgenesia do corpo caloso e má-formações associadas: achados de tomografia computadorizada e ressonância magnética. *Radiol Bras*, v. 36, p. 311, 2003
- REDDY, C; BHATTACHARYA, D; MADAAN, P; SAINIL, L. Corpus callosum agenesis with interhemispheric cyst: a neuroimage to remember. 2019. Disponível em: <https://casereports.bmj.com/content/bmjcr/12/7/e231375.full.pdf>. Acesso em 11/11/2020. 13
- REVANNA, K.C; RAJADURAI, V.S., CHANDRAN, S. Agnesis of the corpus callosum with interhemispheric cyst: clinical implications and outcome. 2018. Disponível em: <https://casereports.bmj.com/content/11/1/bcr-2018-227366>. Acesso em 11/11/2020. 14
- SARNAT, H.B. Malformações do sistema nervoso. Elsevier Science Ciências da Saúde div. (2008) ISBN: 0444518967. 15
- YONEDA, Y. *et al.* De novo and inherited mutations in COL4A2, encoding the type IV collagen $\alpha 2$ chain cause porencephaly. *American Journal of Human Genetics*, v. 90, p. 86, 2012. 16

76

TRANSPLANTE DE ÚTERO: UMA ALTERNATIVA PARA A INFERTILIDADE POR FATOR UTERINO

FILIAÇÃO

¹ Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG).

AUTORES

LUISA FREITAS DE MELO¹
MARIA CLARA GRASSI MENDES MARINHO¹
MARIA THERESA COSTA LIMA DE CASTRO MISERANI¹

Palavras-chave: Transplante; Útero; Infertilidade.

INTRODUÇÃO

A infertilidade por fator uterino (IFU) é causada por ausência cirúrgica ou congênita do útero ou por órgão não funcionante e acomete uma a cada 500 mulheres em idade fértil no mundo. O Transplante de Útero (TU) consiste atualmente no único tratamento disponível para a IFU (ZAAMI *et al.*, 2019). Esse procedimento complexo se inicia com a seleção da doadora viva ou *post mortem* de acordo com a histocompatibilidade com a receptora e com os critérios éticos previstos pelos Critérios de Montreal. Em seguida, ocorre a Fertilização in Vitro (FIV) e o congelamento de embriões que serão posteriormente implantados no órgão doado. A doadora é submetida a uma histerectomia total e o útero é transplantado para a paciente receptora, que é submetida a um tratamento imunossupressor durante seis a 12 meses. Em seguida, é realizada a implantação do embrião previamente criopreservado. No caso de gestação bem-sucedida, o parto deve ocorrer por meio de uma cesariana e o órgão transplantado deve ser removido, prevenindo a imunossupressão contínua, caracterizando-se assim como o único transplante de órgão realizado de maneira temporária (BRÄNNSTRÖM, 2020a).

A primeira gestação bem-sucedida após a realização de um TU ocorreu em 2014. Este evento surpreendeu a comunidade médica mundial uma vez que forneceu, pela primeira vez, uma prova de conceito da nova alternativa para pacientes com IFU. A realização de TUs amplia o campo de ação da Ginecologia e Obstetrícia, já que traz para essa especialidade a prática de transplantes e uma nova cultura de técnicas cirúrgicas inovadoras, monitoramento de rejeição tecidual e controle de imunossupressão. Além disso, o TU reforça a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar na área da Saúde da Mulher, uma vez que envolve um cirurgião experiente em TU, um obstetra, um especialista em fertilidade, um imunologista, um pediatra e a equipe de enfermagem obstétrica (DION *et al.*, 2018).

O TU surgiu como uma alternativa para as pacientes com IFU, já que as demais opções de tratamento para infertilidade, como a FIV, não suprem a ausência ou a não funcionalidade do órgão reprodutor dessas pacientes. A principal causa de IFU é a histerectomia devido a condições

benignas, como mioma e sangramento uterino excessivo. Já em relação às condições malignas, a necessidade de histerectomia se dá principalmente por neoplasias cervicais, endometriais e ovarianas. É importante ressaltar que a neoplasia cervical é o quarto câncer mais prevalente em mulheres mundialmente, sendo que 25% dos casos acometem mulheres com idade inferior a 40 anos, sendo que 70% dessa são nulíparas no momento do diagnóstico, o que impede a gestação para estas pacientes (BRÄNNSTRÖM, 2020b).

Considerando as causas congênitas, a malformação que mais comumente leva à IFU é a Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, caracterizada pela agenesia vaginal e ausência do útero – ou útero vestigial. Essa síndrome acomete aproximadamente uma a cada 4.500 mulheres, sendo que a maior parte de TUs já realizados foram executados em pacientes com esta condição (BRÄNNSTRÖM, 2019).

Tendo em mente as diversas causas de IFU e as consequências dessa condição na vida das pacientes, o TU caracteriza-se como uma importante e, atualmente, única alternativa para essas pacientes. Assim, apesar de ainda ser considerado um procedimento experimental, representa uma esperança para mulheres com IFU.

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura acerca de TUs como tratamento de IFU já executados e dos fatores que influenciam no sucesso deste procedimento.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed e UpToDate utilizando os descritores “*transplantation*”, “*uterus*” e “*infertility*”. Foram selecionados artigos em inglês, publicados a partir de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diferentemente do transplante de outros órgãos, o sucesso do TU não é marcado apenas pela funcionalidade do órgão transplantado, mas também pelo nascimento de uma criança saudável. O resultado do transplante é avaliado, no mínimo, após 18 meses do procedimento, uma vez que são necessários seis a 12 meses até a realização da FIV e nove meses de gestação. São considerados aproximadamente três estágios para avaliar o sucesso do TU, sendo eles a cirurgia bem-sucedida, com órgão viável e funcionando em três meses, órgão funcionando por um ano com sucessivos ciclos menstruais e, por fim, a gestação de sucesso que culmine com o nascimento de uma criança saudável (BRÄNNSTRÖM *et al.*, 2018).

Um dos principais aspectos a ser considerado é a viabilidade do útero que será doado, o que exerce uma relação direta com o sucesso do TU. A idade da doadora é um fator relevante que pode alterar a funcionalidade do órgão, porém este não é o aspecto mais importante, uma vez que há relatos de doadoras com idade superior a 60 anos, como no caso do primeiro nascimento de recém-nascido saudável após TU, que ocorreu por meio de uma doadora de 63 anos. Outra variável fundamental que deve ser avaliada é o suprimento sanguíneo para o útero após o transplante, uma vez que, durante a gestação, a demanda do fluxo sanguíneo aumenta cerca de dez vezes e uma das complicações que levam ao insucesso do TU é o desenvolvimento de trombose vascular. Normalmente, o fluxo sanguíneo após o transplante é fornecido exclusivamente através das artérias

uterinas, pois o fluxo adicional de um útero nativo através das artérias vaginais e ovarianas bilaterais não estará presente no útero transplantado (BRÄNNSTRÖM *et al.*, 2018).

O primeiro relato em humanos de TU realizado ocorreu na Arábia Saudita, no ano 2000, por meio de doadora viva de 46 anos para receptora de 26 anos, a paciente evoluiu com necrose e, assim, houve necessidade de retirada do órgão após três meses. Em 2011, na Turquia, foi realizado o segundo TU, a paciente de 21 anos recebeu o órgão *post mortem* de uma mulher de 23 anos nulípara, cursando com duas gestações interrompidas (BRÄNNSTRÖM, 2017).

No ano de 2014, na Suécia, ocorreu o primeiro TU com nascimento de um recém-nascido saudável, o que é considerado um transplante bem-sucedido. A paciente de 35 anos recebeu o órgão de uma doadora viva, de 63 anos multípara. Esta gestação foi fruto do estudo de Mats Brännström que contemplou nove pacientes submetidas ao TU por meio de doadoras vivas. Oito pacientes apresentavam agenesia uterina congênita e uma passou por uma histerectomia devido a um câncer cervical. Como resultados do estudo, ocorreram quatro gestações bem-sucedidas, sendo que uma delas ocorreu na paciente submetida à histerectomia. Esta paciente, de 25 anos, teve como doadora sua mãe, de 51 anos. Por outro lado, foi observado que duas pacientes precisaram realizar histerectomias durante os primeiros meses pós transplante, uma receptora cursou com trombose bilateral de vasos uterinos e outra com infecção seguida de abscesso e septicemia. Ressalta-se que as histerectomias supracitadas ocorreram em duas de três pacientes que receberam o órgão de doadoras com mais de 60 anos (BRÄNNSTRÖM, 2017).

Em 2015, no estado de Dallas nos Estados Unidos da América (EUA), o procedimento foi realizado em cinco pacientes por meio de doadoras vivas, quatro sendo mães das receptoras e uma sendo a tia. Três dessas pacientes cursaram com complicações pós-operatórias e foram submetidas a retirada do órgão e duas apresentaram gestações bem-sucedidas (KVARNSTROM *et al.*, 2019).

No ano de 2015, na China, foi realizado um TU por laparoscopia que gerou uma criança saudável, através de doadora viva de 42 anos para sua filha (BRÄNNSTRÖM, 2019). Em 2016, nos EUA, uma paciente de 26 anos recebeu transplante de doadora falecida de 30 anos e, após um mês, o transplante falhou devido a complicações causadas por infecção por *Candida albicans* que comprometeu o suporte sanguíneo uterino. Neste mesmo ano, em São Paulo, ocorreu a primeira gestação bem-sucedida por meio de doadora falecida, a receptora possuía 32 anos e a doadora havia falecido aos 40 anos e era multípara. Este TU evidenciou uma nova alternativa para o transplante com doadoras vivas. (BRÄNNSTRÖM, 2019). No ano de 2017, na Índia, foi realizada um TU bem-sucedido de mãe de 44 anos para filha de 26.

A possibilidade de se realizar TUs por meio de doadoras diagnosticadas com morte encefálica, como acontece em transplantes de outros órgãos, está sendo analisada em estudos que investigam a eficácia desse procedimento, porém ainda não existem informações suficientes sobre sua viabilidade (BRÄNNSTRÖM *et al.*, 2018).

A partir dos estudos analisados observou-se que entre as principais complicações de TUs destaca-se a isquemia do órgão transplantado. Esta pode ser relacionada a diferentes fatores, ressaltando-se a rarefação da microcirculação após o transplante de órgão vivo. Esta alteração impacta a perfusão do útero transplantado e, assim, pode culminar na isquemia do órgão e inviabilizar o sucesso do transplante (BRÄNNSTRÖM *et al.*, 2018).

Além disso, foram observados alguns aspectos em comum entre os TUs bem-sucedidos já realizados, ou seja, aqueles que geraram crianças saudáveis após o transplante. Dentre esses aspectos, destacam-se aqueles que estão mais relacionados à doadora, como a multiparidade desta

e o parentesco entre a doadora e receptora. Os TUs já realizados e as respectivas características da doadora, da receptora, do tipo de transplante e a eficácia do procedimento estão descritos a seguir na Tabela 1.

Tabela 1. TUs realizados

Data/Local	Receptora	Doadora	Tipo de TU	Eficácia
Arábia Saudita, 2000	26 anos	46 anos	Doadora viva	Insucesso causado por necrose do órgão
Turquia, 2011	21 anos	23 anos, nulípara, sem parentesco com a receptora	Doadora falecida	Insucesso: paciente cursou com duas gestações interrompidas
Suécia, 2014	Nove pacientes, dentre elas oito possuíam agenesia uterina congênita e uma realizou uma histerectomia devido a câncer cervical	Mães das receptoras em cinco casos, com idade entre 50-58 anos. Tia em um caso, de 54 anos. Irmã em um caso, de 37 anos. Sogra em um caso, de 62 anos. Amiga em um caso, de 61 anos. Todas múltiparas.	Doadoras vivas	Insucesso em dois casos: cursaram com trombose bilateral de vasos uterinos e outra com infecção seguida de abscesso e sepse Sucesso em 4 casos: gestações bem-sucedidas 3 cursaram com ciclo menstrual normal, porém não obtiveram sucesso gestacional.
Dallas (EUA), 2015	Cinco pacientes	Mães das receptoras em quatro casos. Tia em um caso. Todas múltiparas.	Doadoras vivas	Insucesso em três casos: complicações pós-operatórias seguidas de histerectomia. Sucesso em dois casos: gestações bem sucedidas
China, 2015	22 anos	42 anos, múltipara, mãe da receptora	Doadora viva	Sucesso
EUA, 2016	26 anos	30 anos, sem parentesco com a receptora	Doadora falecida	Insucesso causado por infecção por <i>Candida albicans</i>
São Paulo, 2016	32 anos	40 anos, múltipara, sem parentesco com a receptora	Doadora falecida	Sucesso
Índia, 2017	26 anos	44 anos, múltipara, mãe da receptora	Doadora viva	Sucesso

CONCLUSÃO

De acordo com os achados encontrados na presente revisão de literatura, é possível observar que o TU ainda é considerado um procedimento experimental e são necessários elucidar diversos parâmetros que visam melhorar a segurança e eficácia do transplante. Entre eles destacam-se a necessidade de definir qual é a melhor forma de se avaliar a viabilidade do útero que será transplantado, quais fatores podem reduzir a isquemia do útero transplantado e quais condições da doadora e da receptora possibilitam um maior sucesso do transplante entre outros.

Assim, apesar de ainda ser a única alternativa para mulheres com IFU e representar uma esperança para estas, a eficácia do TU ainda é controversa e incerta. Esta incerteza se dá pelo fato

de que alguns pacientes cursam com gestações bem-sucedidas e outras com perda gestacional e complicações. Portanto, são necessários novos estudos para garantir a segurança do procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRÄNNSTRÖM, M. Uterus transplantation and beyond. *Journal of Materials Science: Materials in Medicine*, v. 28, p. 70, 2017.

BRÄNNSTRÖM, M. *et al.* Uterus transplantation: a rapidly expanding field. *Transplantation*, v. 102, p. 569, 2018.

BRÄNNSTRÖM, M. Uterus transplantation and fertility preservation. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 55, p. 109, 2019.

BRÄNNSTRÖM, M. Uterus transplantation for absolute uterine factor infertility: Ethics, patient selection, and consent. UpToDate. 2020a. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/uterus-transplantation-for-absolute-uterine-factor-infertility-ethics-patient-selection-and-consent?search=UTERUS%20TRANSPLANTATION&source=search_result&selectedTitle=2~15&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 8 Out. 2020

BRÄNNSTRÖM, M. Uterus transplantation for absolute uterine factor infertility: Surgery, immunosuppression, and obstetric management. UpToDate. 2020b. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/uterus-transplantation-for-absolute-uterine-factor-infertility-surgery-immunosuppression-and-obstetric-management?search=UTERUS%20TRANSPLANTATION&source=search_result&selectedTitle=1~15&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 8 Out. 2020.

DION, L. *et al.* Uterus transplantation: Where do we stand in 2018? *Journal of Gynecology and Obstetrics and Human Reproduction*, v. 1, p. 48, 2018.

KVARNSTROM, N. *et al.* Live versus deceased donor in uterus transplantation. *Fertility and Sterility*, v. 112, p. 24, 2019.

ZAAMI, S. *et al.* Advancements in uterus transplant: new scenarios and future implications. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, v. 23, p. 892, 2019.

77

A CONSULTA GINECOLÓGICA DO PACIENTE TRANSEXUAL

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH, Belo Horizonte, MG.

² Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH, Belo Horizonte, MG.

AUTORES

ISABELA DE SOUSA MATTOS MURTA¹

FERNANDA TAVARES ARAÚJO¹

JÚLIA DRUMOND SILVA CARVALHO¹

LETÍCIA MARIA MARCELINO GARIGLIO¹

MARIANA GOMES DE MELO ¹

MARIA LUÍZA GARCIA PAULINELLI¹

RAÍZA DE ALMEIDA AGUIAR²

Palavras-chave: Medicina; Transexual; Ginecologia.

INTRODUÇÃO

Pessoas consideradas como transgênero são aquelas em que há divergência quanto a identidade de gênero e o sexo ao nascimento. Esse grupo é composto em parte pelos transexuais, aqueles que não se identificam com o seu sexo biológico, mas sim com o sexo oposto. Tal terminologia pode ser confundida com alguns outros termos, sendo importante diferenciar conceitos base (Tabela 1). Apesar da escassez de dados de pesquisa, estudos sugerem que a epidemiologia é de 1:37.000 para o sexo masculino ao nascimento, e de 1:103.000 para o sexo feminino ao nascimento (CFM, 2019).

Apesar da saúde ser um direito básico da população, ainda há uma dificuldade em promover uma equidade de acesso desse serviço. Isso ocorre, por exemplo, com o público LGBTQI+, o qual está marginalizado em relação às demandas públicas de saúde (NEGREIROS *et al.*, 2019). Prova disso é a escassez de estudos e protocolos clínicos direcionados a esse grupo. Dessa forma, há um distanciamento dessas pessoas na busca por profissionais da área, uma vez que possam não se sentir incluídos ou por falta de informação acerca da disponibilidade de atendimentos voltados especificamente para os transgêneros. Faz-se necessário, portanto, ações de promoção à saúde direcionadas aos transgêneros, o que inclui a implantação de uma formação acadêmica médica que aborde sobre o assunto (BORGES *et al.*, 2019).

É preconizado que uma equipe médica especializada – formada por psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, urologista, cirurgião plástico e pediatra, em casos de pacientes com até 18 anos – deva acompanhar os cuidados dos pacientes transgênero (CFM, 2019).

Esse capítulo foi elaborado para unir aspectos e informações essenciais ao médico, acadêmico e profissional de saúde em geral, a fim de instruí-los sobre as igualdades e as diferenças da consulta ginecológica do paciente transexual, bem como sobre a conduta adequada a ser tomada frente essa minoria, geralmente já vulnerabilizada. Cabe ressaltar que a saúde da mulher nem sempre fica sob responsabilidade do médico especialista ginecologista e obstetra, principalmente no sistema público de saúde, no qual muitas vezes essa assistência pode partir também de outros especialistas da equipe multidisciplinar do processo transexualizador ou do médico da família presente nas unidades básicas de saúde (UBS).

Na tabela 1, observa-se um quadro com as terminologias frequentemente abordadas no contexto que se refere aos transgêneros, como mostrado a seguir:

Tabela 1. Terminologia e seus significado acerca da temática dos transgêneros.

Terminologia	Significado
Identidade de gênero	É o gênero que uma pessoa se identifica socialmente, que pode ser igual ou não ao seu sexo biológico.
Transgênero	Conceito amplo que abrange o grupo de pessoas que não se identifica com o seu gênero de nascimento.
Cisgênero	Pessoa que se identifica com o seu gênero de nascimento.
Transexual	É a pessoa que busca/passa por uma transição a fim de se assemelhar com sua identidade de gênero, processo que pode incluir a transição por tratamentos hormonais ou cirúrgicos.
Travesti	Pessoa que se relaciona com o mundo no gênero feminino, apesar de não ser seu gênero biológico, e que passou por alguns processos de transformação físicas (uso de hormônios e/ou silicones), mas que tem como característica marcante a mistura das características femininas e masculinas em um mesmo corpo.
Não-binários	São pessoas que se identificam com um gênero diferente de homem e mulher.

Fonte: Brasil, 2016; São Paulo, 2020.

MÉTODO

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, na qual foram fundamentadas ideias e pressupostos teóricos que apresentam grande importância na discussão gerada. Para tal objetivo, foram utilizadas fontes de pesquisa primárias, secundárias e terciárias como artigo, manual, dissertação, norma e afins, que foram aqui selecionados. Assim sendo, o capítulo transcorrerá a partir do método conceitual-analítico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A consulta ginecológica

Os ginecologistas devem estar preparados para receber em suas consultas pacientes transexuais de ambos os sexos, seja homem ou mulher trans. Para ambos, é necessário que o médico faça a instrução para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e informe sobre

as possíveis modificações que seu corpo poderá sofrer durante o processo transexualizador (PT) (WPATH, 2012).

No caso dos pacientes homens trans, o acompanhamento ginecológico deve ser feito antes, durante e após o PT, seja ele cirúrgico ou não. Estes pacientes passarão por possíveis transformações corporais e, em caso de manutenção de útero, ovários e/ou mamas, deverá sempre ser feita a investigação de câncer nesses órgãos, pois além dos fatores biológicos, eles também podem ser afetados pelo uso da terapia hormonal (TH). Deve-se ofertar o exame preventivo para HPV para todos aqueles pacientes entre 25 e 65 anos que possuem colo do útero e que já tiveram algum tipo de penetração vaginal ao longo da vida, seguindo a frequência estipulada pelo Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2020). É importante que o médico saiba que o exame ginecológico pode causar desconforto físico e psicológico ao seu paciente, e deve fazê-lo apenas quando e na frequência necessária (WPATH, 2012).

Já nos casos das pacientes mulheres trans, a consulta ginecológica está indicada após a cirurgia genital, na qual ocorre a transformação do pênis em uma neovagina. Os profissionais devem saber conduzir a consulta, atentando-se às preocupações usuais do pós-operatório e possíveis queixas que podem surgir no decorrer dos anos. É preciso explicar para essas pacientes sobre o novo funcionamento e nova anatomia de sua região perineal, bem como sobre higiene genital e sexualidade. Elas devem ser orientadas sobre a necessidade frequente de dilatação vaginal ou de relação sexual com penetração para a manutenção do orifício da neovagina. A diferença anatômica da uretra, que será encurtada, podendo aumentar a ocorrência de infecções do trato urinário e de possíveis disfunções do trato urinário inferior, fato que também deve ser alertado a essas pacientes. Como geralmente não há retirada da próstata, elas também devem ser acompanhadas para rastreio de câncer, sobretudo durante e após a TH (WPATH, 2012).

Visando os rastreios, a mamografia pode apresentar benefícios semelhantes aos das mulheres cisgênero e às transmasculinas quando não houve a remoção das glândulas mamárias, bem como às transfemininas que utilizam os hormônios há 20 anos. Ainda que realizado de modo mais inadequado, o rastreio de câncer de colo uterino é importante pois homens trans e demais pessoas transmasculinas tem a mesma chance de desenvolver que mulheres cisgênero. Para essa população especificamente, não deve-se fazer o diagnóstico de doenças pelo método de rastreamento, mas fazer a investigação apenas quando se tiver suspeita clínica ou para avaliação de riscos (SÃO PAULO, 2020).

Considerações do exame ginecológico

Durante o exame ginecológico, certos aspectos devem ser levados em conta segundo o Protocolo para o Atendimento de Pessoas Transexuais e Travestis no município de São Paulo. A atrofia vaginal ou o grande desconforto ao exame, enfim a própria terapia hormonal pode resultar nisso. Nesse contexto, o uso de um espéculo vaginal de tamanho extra pequeno, a aplicação da lidocaína tópica ou mesmo utilizar estrogênio vaginal e até mesmo oferecer que a paciente introduza o espéculo em si mesma são algumas alternativas de minimizar o desconforto do exame. Além disso, buscar conforto da paciente trans também inclui criar ambiente acolhedor e que evite constrangimento, por ser tradicionalmente voltado somente para mulheres, explicar o procedimento antes da realização, garantir um acompanhante e compreender qual a linguagem mais aceita para tratar da intimidade do paciente. Outro possível cenário a ser encontrado pelo médico é a recusa ao

exame especular mesmo quando este é indicado, sendo assim a inspeção vulvar e o toque bimanual podem ser oferecidos, inclusive como um caminho para que se estabeleça um vínculo de confiança (SÃO PAULO, 2020).

Os transgêneros em geral, em consequência da sua vulnerabilidade social, apresentam altas incidências de IST e, comumente, relatam a percepção da associação direta que profissionais costumam fazer entre sua identidade de gênero e vulnerabilidades, o que de acordo com o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI alimenta estigmas e afasta esse grupo populacional do serviço de saúde seja esse especializado ou do próprio médico do posto de saúde, no serviço público, que é quem acompanha, muitas vezes, a saúde da mulher cis na prática e deve estar apto ao atendimento trans também. Dessa forma, aconselha-se uma abordagem cuidadosa sobre as ISTs no contexto de vulnerabilidade, baseada em avaliação de risco (SÃO PAULO, 2020).

Papel do médico

De acordo com o CFM, “A assistência médica destinada a promover atenção integral e especializada ao transgênero inclui acolhimento, acompanhamento, procedimentos clínicos, cirúrgicos e pós-cirúrgicos.” Entendendo a complexibilidade que é para o indivíduo que não se identifica com o sexo de nascimento frequentar um consultório em que habitualmente só frequentam mulheres cisgênero, é papel do médico deixar o paciente o mais confortável e seguro possível. Para isso, os profissionais não devem deduzir o gênero de uma pessoa, nem os demais aspectos atribuídos à sexualidade a partir de seus próprios valores e percepções, essas informações devem ser coletadas por meio de perguntas habituais de uma boa anamnese.

Além de respeitar a identidade de gênero do paciente, é essencial que o médico e toda a equipe de saúde envolvida saibam os termos corretos a serem usados, saber as diferenças entre sexo biológico (macho, fêmea), gênero (masculino, feminino, intersexual), identidade de gênero (cisgênero, transgênero, não binários) e orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual, pansexual, assexual) (CFM, 2019) (Consulta Pública - Manual de Comunicação LGBTI+, 2017).

Outra forma de garantir o conforto do paciente é usar o pronome correto, em caso de dúvida perguntar de forma educada e gentil se o paciente prefere ser referido como “ele” ou “ela” e o uso do nome social, que é um direito dos usuários do SUS através da Portaria nº 1.820/2009, no quarto capítulo da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde. Nome social é aquele que a pessoa quer ser chamada, independente do motivo e dos seus registros civis. Esse nome deve constar em todos os registros do serviço de saúde, como cartão do SUS, documentos, receitas e formulários, para que a pessoa não seja constrangida ao ter seu nome social confrontado com o nome de registro civil, o qual não deve se tornar público. O respeito ao nome social gerou redução de ideação e comportamentos suicidas entre jovens dos EUA, o que demonstra ter sido um grande avanço no cuidado da população transgênero dentro do serviço de saúde (CFM, 2019) (SÃO PAULO, 2020).

Como toda consulta, é preciso estabelecer uma comunicação clara e livre de qualquer discriminação, de forma a estabelecer um bom relacionamento pautado na confiança e boa relação médico-paciente. Esse vínculo é imprescindível para que o paciente não deixe de frequentar os centros de saúde e faça o acompanhamento correto para rastreio de doenças, prevenção de ISTs, orientações sobre saúde íntima, tratamentos com hormonização, apoio psicológico e até se sinta mais à vontade em procurar atendimento médico em outras circunstâncias além da ginecologia. Sendo assim, esse contato é uma porta de entrada para um melhor acolhimento do paciente trans, é

a oportunidade de mostrar que ele será bem recebido no sistema de saúde, que ele tem direito a isso e que pode confiar nos profissionais envolvidos.

A baixa adesão do paciente trans à consulta ginecológica pode ser atribuído a vários fatores, entre eles o receio de sofrer discriminação ou passar por constrangimento e por falta de informação sobre a necessidade de continuar fazendo o acompanhamento ginecológico. Com o intuito de mudar esta realidade, os profissionais da saúde devem sempre acolher e informar essa população a respeito, principalmente, de seus direitos dentro do SUS.

Planejamento familiar e fertilidade

Os transexuais masculinos que buscam métodos hormonais e/ou cirúrgicos na procura de uma maior aceitação corporal devem, também, pensar na fertilidade antes e após a realização desses procedimentos. Isso é essencial, uma vez que as modificações, como a terapia com testosterona, podem alterar substancialmente o planejamento familiar do paciente. Enquadrando esse fato ao contexto ginecológico, torna-se imprescindível que o profissional leve em conta o potencial reprodutivo do homem trans, de acordo com a presença ou não de útero e ovários. Para os não hysterectomizados, deve ser orientada as possibilidades de contracepção e de reprodução em cada caso específico (WIERCKX *et al.*, 2011).

Assim como todas as consultas ginecológicas, o assunto planejamento familiar não deve ser ignorado pelos médicos ao atender o público trans. Essa é uma das barreiras atualmente, visto que profissionais sem um bom conhecimento sobre o assunto passam a não discutir possibilidades reprodutivas com seus pacientes. Resultado, esse, de um sistema de saúde falho, o qual não aborda corretamente a sexualidade dos transexuais, de forma a respeitar a pluralidade e as especificidades de cada indivíduo. A escassez de estudos voltados ao tema também contribui para esse contexto (HANAUER & HEMMI, 2019).

Sendo assim, o que se nota é uma parcela considerável de homens trans que possuem diversos questionamentos, inseguranças e desconhecimento das possibilidades que os cerca quando se trata de fertilidade e gestação. Há, como exemplo, a falsa percepção que o uso de testosterona, por si só, pode impedir uma gravidez. Isso não é por completo comprovado sendo, para tanto, necessário mais estudos. O que se sabe é a possibilidade de atrofia vaginal e cervical, as quais devem ser devidamente informadas ao paciente trans que faz o uso do hormônio masculino. Portanto, aqueles que não desejam filhos devem, junto ao médico, estabelecer a melhor proposta contraceptiva. O uso de hormônios femininos é, em muitos casos, rejeitado por esse público por medo de atrapalhar a masculinização do corpo e por afetar sua identidade de gênero. Sendo assim, o uso de preservativos internos e externos, espermicidas e DIU de cobre são algumas das possibilidades mais aceitas. Além disso, aqueles que não desejam futuramente obter filhos podem realizar a laqueadura tubária. Concomitante, a orientação à prevenção de IST é um dos principais fatores a ser ressaltada na consulta (BORGES *et al.*, 2019).

Para os homens transexuais que não retiraram órgãos reprodutivos e desejam preservar a sua fertilidade existem algumas opções atualmente. Sabendo-se que procedimentos hormonais e cirúrgicos possam interferir no processo fértil, os pacientes devem ter em mente suas perspectivas quanto ao planejamento familiar e devem conversar com seu médico sobre quais as possibilidades e barreiras para cada tipo de procedimento (HEMBREE *et al.*, 2009). Neste sentido, homens

transsexuais, em muitos casos, preferem ter filhos antes de realizar qualquer recurso que vá interferir na sua fertilidade posteriormente (BORGES *et al.*, 2019).

Não havendo essa opção, há alternativas como a estimulação hormonal e a preservação de tecido ovariano, por meio da criopreservação de oócitos ou de embriões e a criopreservação de tecido ovárico. No caso da reposição de hormônios femininos para a estimulação dos ovários, pode haver disforia de gênero devido à recuperação de algumas características do sexo feminino. Sendo assim, muitos podem recorrer à técnica de criopreservação quando disponível. Esse método requer que a pessoa esteja na puberdade ou na pós puberdade e faça injeções diárias de hormônio folículo estimulante (FSH) para estimular o ovário. Após, é administrada injeção de gonadotrofina coriônica humana recombinante (hCG-rec) para induzir a maturação do oócito. Quando este fica maturado é retirado através de uma punção transvaginal e, posteriormente, é vitrificado para realizar a criopreservação do oócito. Já a criopreservação do embrião é ideal para transgêneros que possuam parceiros masculinos ou que tenham a possibilidade de um doador de esperma. Isso porque após a estimulação hormonal do paciente é realizada uma fertilização *in vitro* com o espermatozóide do parceiro ou doador e, subseqüentemente, o embrião é criopreservado. Há, também, a criopreservação de tecido ovariano para jovens em idade pré-púbere ou para quem está contra indicado a reposição hormonal. A técnica se dá por uma laparotomia, em que folículos primordiais com oócitos imaturos são retirados e congelados. Assim, o tecido pode ser transplantado de volta para o doador (autotransplante) ou pode ser realizada a fertilização *in vitro*. Esses métodos, no entanto, exigem preparo técnico de profissionais e custos elevados sendo, portanto, pouco disponíveis (OLIVEIRA, 2019).

Considerando esses aspectos, é necessário que durante as consultas o assunto de fertilidade, gravidez e concepção seja abordado de forma esclarecedora. Conseqüentemente, os homens transsexuais poderão obter um melhor planejamento familiar com o apoio do profissional da saúde. Afinal, a consulta ginecológica deve partir desses valores em prol de uma vida reprodutiva adequada e almejada de acordo com cada paciente (BORGES *et al.*, 2019).

Cirurgias disponíveis

As cirurgias para redesignação de sexo foram permitidas no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1997, por meio da Resolução nº 1.482/1997, sendo, até aquele momento, ilegais no país. A Resolução citada foi seguida de duas novas resoluções, uma em 2002 e a última em 2010, as quais readequaram a disposição normativa primária.

O PT do Sistema Único de Saúde (PTSUS), criado em agosto de 2008, redefinido e ampliado em novembro de 2013, proporcionou a assistência interdisciplinar e multiprofissional à população trans brasileira (BRASIL, 2013). Essa conquista aconteceu após diversos processos judiciais sobre a saúde da população trans e muitas mobilizações e articulações sociais, com o intuito de pressionar o Estado a abranger a saúde da população trans nos cuidados prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (ROCON *et al.*, 2018).

Dentre os serviços oferecidos para o PT, serão abordados, neste momento, as cirurgias disponíveis, sendo elas: redesignação sexual no sexo masculino; tireoplastia; mastectomia simples bilateral; histerectomia com anexectomia bilateral e copectomia; cirurgias complementares de redesignação sexual; e plástica mamária reconstrutiva bilateral (BRASIL, 2013). Além disso,

existem outras abordagens cirúrgicas no mercado que não são ofertadas pelo SUS, realizadas em contextos particulares ou mediante decisão judicial.

É necessário, de acordo com a Portaria nº 2803 do Conselho Federal de Medicina (CFM), cumprir alguns requisitos antes de passar pelos procedimentos cirúrgicos citados. Os critérios a serem cumpridos são:

- Acompanhamento de saúde multidisciplinar mensal, por um período de dois anos ou mais, a ser verificado em momento anterior à realização da cirurgia;
- Idade mínima de 21 anos e máxima de 75 anos para os procedimentos cirúrgicos;
- Laudo psicológico e psiquiátrico favoráveis ao tratamento;
- Diagnóstico médico de transexualidade.
- Formalização do TCLE (CAMILO, 2017).

De acordo com o protocolo cirúrgico do CFM, os procedimentos realizados para mulheres trans abrangem a neovulvovaginoplastia primária, na qual se realiza a orquiectomia bilateral, penectomia, neovaginoplastia e neovulvoplastia. Em casos de falha ou impossibilidade de realização do procedimento primário, existe a possibilidade de realização da neovaginoplastia com segmento intestinal, sempre sendo avaliadas as condições individuais de cada paciente. Além disso, a mamoplastia de aumento também é contemplada no Protocolo Cirúrgico do CFM (CFM, 2019).

A lista de procedimentos para os homens trans inclui a mamoplastia bilateral, cirurgia de histerectomia e ooforectomia bilateral, neovaginoplastia e faloplastias. Dentre as faloplastias, existem a metoidoplastia e a neofaloplastia. Na primeira, é realizada a retificação e o alongamento do clítoris após terapia hormonal; por outro lado, a última é considerada experimental, devendo ser aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Quando aprovada, a cirurgia é realizada por meio de retalhos do antebraço e de outras regiões do corpo. Para ambas as cirurgias genitais, são realizadas a uretroplastia e a escrotoplastia com colocação de próteses de silicone (CFM, 2019)

É muito importante que se trabalhe, antes e após a cirurgia, as perspectivas, anseios e idealizações das mulheres e dos homens trans, isso porque essas cirurgias representam um momento de renovação para algumas pessoas, sendo valoroso sanar todas as dúvidas e ilustrar qualquer repercussão, a fim de que a escolha sobre o que quer ou não realizar em seu corpo seja fruto único de sua individualidade (SILVA, 2013)

Ressalta-se, por fim, que a realização dos procedimentos cirúrgicos junto ao SUS são extremamente difíceis de ser conquistados, existindo longa espera para a população interessada, fato que colabora para a procura de centros não especializados e ilegais para as intervenções, o que é um grande risco para a saúde da população trans brasileira (ROCON *et al.*, 2018)

É imprescindível ao profissional da saúde buscar sempre se informar sobre as novidades e melhorias cirúrgicas, visto que são procedimentos relativamente recentes e sofrem alterações frequentes, além de ser importante saber informar a seus pacientes todas as inovações existentes.

Terapia hormonal

A terapia hormonal (TH) em pessoas trans consiste no uso de testosterona por homens transexuais ou estrógeno e/ou antiandrógenos por mulheres transexuais. Ela é feita com intuito de desenvolver as características sexuais secundárias do indivíduo transgênero para que ele se sinta confortável com seu corpo e para que haja compatibilidade entre sua identidade de gênero e sua

composição biológica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2019).

No Brasil, por volta da década de 80, as cirurgias de mudança de sexo ainda não eram legalizadas, o que contribuiu para que houvesse uma busca clandestina para a realização da transição (BORGES *et al.*, 2019). Embora, atualmente, o processo de transição já seja regulamentado e oferecido em diversas instituições públicas de saúde, ainda há uma parcela significativa de transexuais que buscam essa transição sem acompanhamento médico e a realizam por conta própria (BRAZ *et al.*, 2020). Isso se deve a um sentimento de urgência em obter satisfação com o seu corpo e sentir-se aceito socialmente como parte do gênero escolhido.

Outro fator contribuinte é o distanciamento desse público com os serviços de saúde por não se sentirem acolhidos ou pela falta de informação sobre os riscos de uma TH sem acompanhamento médico. Sem esse vínculo, o que se nota é a procura de hormônios como primeira estratégia no processo de mudança corporal denominado auto-hormonização, no qual é feito o uso dessas substâncias sem amparo médico. Já a hormonioterapia se faz com o devido acompanhamento e prescrição de profissionais da saúde, o que é indubitavelmente mais seguro para o paciente, em vista dos riscos e contra indicações que o método pode apresentar. Uma das principais formas de procurar auxílio para realizar a transição é a internet. Por esse meio, são encontrados outros relatos e experiências que conduzem à prática não supervisionada e podem fornecer falsas informações sobre os cuidados a serem tomados. Um fator que contribui para a auto-hormonização é o fornecimento indiscriminado dessas drogas pelas farmácias de hormônios, em contrapartida, um dos empecilhos é o alto custo para manter o processo de transição hormonal (HANAUER & HEMMI, 2019).

A recomendação de hormonioterapia é para indivíduos com idade acima de 18 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2019). Sendo assim, o Conselho Federal de Medicina instituiu uma resolução em que a hormonioterapia é abordada de acordo com o estágio puberal do indivíduo.

A criança pré-púbere está proibida de realizar qualquer intervenção envolvendo uso de hormônios ou procedimentos cirúrgicos no intuito de realizar mudanças corporais e genitais, sendo que sua incompatibilidade de gênero só pode ser definida após acompanhamento ao longo da infância, sendo feita pelo médico e equipe multiprofissional juntamente com a família, com o responsável legal, com cuidadores e instituições educacionais responsáveis pela criança (CFM, 2019).

A faixa etária normal de início do desenvolvimento da puberdade ocorre entre oito e 13 anos de idade no sexo feminino e entre nove e 14 anos no sexo masculino, sendo assim, nessa fase de puberdade ocorre uma relação complexa entre o indivíduo e seu corpo não compatível com sua identidade de gênero. Essa relação pode gerar dano psicológico e físico ao adolescente, que pode vir a desenvolver comportamentos nocivos à sua saúde. Dessa maneira, é frequente a automedicação com hormônios sexuais, dentre outros, para a realização de mudanças corporais. Com isso, o acompanhamento adequado deste indivíduo nessa fase pode evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários e também o surgimento de morbidades relacionadas à sua vivência corporal. Como uma das alternativas para melhora da qualidade de vida desse adolescente, o médico endocrinologista, ginecologista ou urologista, pode realizar o chamado bloqueio puberal ou hormonioterapia cruzada, sob acompanhamento psiquiátrico e consentimento do responsável legal (CFM, 2019).

No adulto, ou seja, no indivíduo acima de 18 anos, a hormonioterapia deverá ser prescrita por médico endocrinologista, ginecologista ou urologista, tendo como objetivo a redução dos níveis hormonais endógenos do seu sexo biológico, além de estabelecer hormonioterapia com níveis hormonais fisiológicos que seja compatível com sua identidade de gênero. É de extrema importância que o transgênero tenha esclarecimento e consciência dos efeitos e dos riscos advindos da hormonioterapia, bem como da necessidade de manter acompanhamento médico para que seja um processo responsável. (CFM, 2019).

A testosterona é utilizada visando o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários masculinos nos homens transexuais. Já o estrogênio e o antiandrógeno são utilizados nas mulheres transexuais e travestis, sendo que o primeiro é para induzir o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários femininos e o segundo é utilizado para atenuar o crescimento dos pelos corporais e as ereções espontâneas até ser realizado o procedimento cirúrgico (CFM, 2019).

Os estrogênios, podem ser aplicados por vias parenteral (valerato de estradiol, cipionato de estradiol e enantato de estradiol), oral (17- β -estradiol, estrógenos equinos conjugados, valerato de estradiol e etinilestradiol) ou transdérmica (17- β -estradiol). Dentre seus efeitos metabólicos adversos, destacam-se a piora da resistência insulínica, ganho de peso, elevação da pressão arterial, eventos tromboembólicos e hiperprolactinemia. A testosterona também pode ser administrada por essas vias e dentre seus efeitos adversos, destaca-se a policitemia e os eventos decorrentes dessa condição (TRINDADE *et al.*, 2020).

Já a testosterona é frequentemente prescrita nas formas de injeções intramusculares, mas também se tem opções por via oral e transdérmica, como por exemplo a testosterona em gel. Dentre os efeitos colaterais mais comuns, verifica-se a eritrocitose, hipertensão arterial, ganho de peso, alterações lipídicas, disfunções hepáticas, surgimento ou piora da acne, além de manifestarem alterações psicológicas e comportamentais. (TRINDADE *et al.*, 2020).

Os exames de controle que o transgênero em processo de TH deve realizar estão associados aos possíveis efeitos provenientes da droga utilizada. O acompanhamento laboratorial dos usuários de testosterona deve ser realizado através do exame de hematócrito e hemoglobina, além da dosagem de testosterona total e estradiol. Já o uso do estrógeno deve ser acompanhado pela dosagem de estradiol, sendo viável a dosagem de prolactina inicialmente ou na iminência de sintomas. Por último, o uso de antiandrógenos não exige o acompanhamento de hematócrito e hemoglobina, mas é recomendado que seja verificada a testosterona total, a função renal e o potássio (em caso de uso de espironolactona). A glicemia e o perfil lipídico podem estar sujeitos a alteração nessas terapias, então recomenda-se a dosagem dos mesmos por quatro vezes no primeiro ano e após esse período, a dosagem pode ser anual em caso de inexistência de alterações clínicas e laboratoriais. Também pode ser considerado realizar a densitometria óssea em indivíduos que utilizam bloqueadores hormonais ou que realizaram ressecção cirúrgica gonadal sem fazer a reposição hormonal há mais de 5 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2019).

Dessa forma, é evidente que a TH, realizada com devido acompanhamento clínico e laboratorial, atua diretamente na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos transgêneros, possibilitando a congruência do mesmo com sua identidade de gênero e facilitando sua inclusão social (RIBEIRO, 2020).

CONCLUSÃO

Diante do desafio em implantar a política de atenção integral à saúde LGBT, surgiu a necessidade de promulgar a política nacional de saúde direcionada a esse grupo no intuito de assegurá-los dos seus direitos entre os médicos. Para isso, além da melhoria do atendimento, é imprescindível que haja uma reformulação do modo de pensar e agir dos profissionais da saúde desde o início de sua formação acadêmica.

Durante a graduação médica, verifica-se uma defasagem evidente no que se refere à compreensão das particularidades da população LGBT. Tal desconhecimento leva à discriminação desse grupo, seja por julgamentos, pelo não uso do nome social, por comentários ou, até mesmo, pela reprovação evidente em seus gestos (NEGREIROS *et al.*, 2020). O conhecimento a respeito deste assunto pelos profissionais da saúde é a principal forma de melhorar o atendimento à população trans no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORGES, I.S.A. *et al.* Os desafios dos homens transgêneros no planejamento familiar. *Revista Educação em Saúde*, v. 7, suplemento 2, 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção integral à saúde da população trans: conteúdo para profissionais da saúde/trabalhadores do SUS (Cartilha). Brasília, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 2.803. Diário Oficial da União. 19/11/2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em 13 nov. 2020.
- BRAZ, D.G.C. *et al.* Vivências familiares no processo de transição de gênero. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 33, p. 1, 2020.
- CAMILO, C.H. Redesignação sexual: como funciona a cirurgia de mudança de sexo? In: *SER cirurgia plástica*. São Paulo, 28 set. 2017. Disponível em: <<https://sercirurgiaplastica.com.br/redesignacao-sexual-como-funciona-a-cirurgia-de-mudanca-de-sexo/>>. Acesso em 11 nov. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - BRASIL). Resolução nº 2.265/2019. Brasília, jan./2020
- CONSULTA PÚBLICA. MANUAL DE COMUNICAÇÃO LGBTI+. Sexualidade, gênero e sexo biológico. Disponível em: <<https://grupodignidade.org.br/consultapublica/2-sexualidade-genero-e-sexo-biologico/>>. Acesso em: 13 Nov. 2020.
- HANAUER, O.F.D. & HEMMI, A.P.A. Caminhos percorridos por transexuais: em busca pela transição de gênero. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 91, 2019.
- HEMBREE, W.C. *et al.* Endocrine treatment of transsexual persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 94, p. 3132, 2009.
- NEGREIROS, F.R.N.D. *et al.* Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, p. 23, 2019.
- OLIVEIRA, D.R.C. Preservação da fertilidade em indivíduos transgênero. *Mestrado Integrado em Medicina*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) – Universidade do Porto, 2019.
- PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH). Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero, 7ª ed, 2012. Disponível em: <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf> Acesso em: 13 de nov. 2020.
- RIBEIRO, P.V.S. Terapia hormonal para redesignação de gênero – mulher trans: uma revisão. *Revista Saúde.com-Ciência*, n. 1, p. 9, 2020.
- ROCON, P.C. *et al.* Diversidade de gênero e Sistema Único de Saúde: uma problematização sobre o processo transexualizador. *SER Social*, v. 20, p. 432, 2018.
- SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP, 2020: Julho - p. 133.
- SILVA, A.L. Processo de transexualização: uma análise inter e intrageracional de histórias de vida. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. CUIDADO DE PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/cuidado-de-pessoas-transexuais-e-travestis/>>. Acesso em: 13 nov. 2020.
- TRINDADE, C.D.A. *et al.* Medicina Diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero. (Posicionamento Conjunto SBEM, SBPCML, CBR), p.12 – 27, 2020.
- WIERCKX, K. *et al.* Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, v. 27, p. 483, 2012.

78

GINECOLOGIA NATURAL

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Doulagem do Instituto Matriusca – Distrito Federal. Facilitadora de Cursos e Círculos de Saberes Ancestrais Femininos pelo Portal Tenda Matriz.

AUTORES

MARINA LIMA ENEI¹

Palavras-chave: Tradições Ancestrais; Autoconhecimento; Recursos Naturais.

INTRODUÇÃO

A ginecologia natural atua através da integralidade da condição humana, acreditando que os aspectos físicos, emocionais e psíquicos de uma pessoa estão intimamente ligados e não se separam dentro de um diagnóstico. Em um espectro antropológico da saúde feminina, nos levando a um termo da ginecologia natural como ancestral, nas mulheres da tradição vemos uma racionalidade médica tão antiga quanto a humanidade: mulheres se curavam através de uma sabedoria intrínseca da alma feminina, que é passada de geração a geração, de ventre a ventre, onde as medicinas ancestrais eram firmadas na natureza, nas ervas, nos elementos, nos recursos naturais, tendo como base o vitalismo e a medicina popular. Acreditava-se que a natureza era a fonte primordial da cura e da conexão entre mente, corpo e espírito, acreditando que a separação da totalidade do ser pode resultar em desequilíbrios em outras áreas do corpo físico ou sutil.

Habitamos um corpo cíclico que atravessa ondulações hormonais dentro de uma comunicação do cérebro, útero e ovários - ligação que inicia, passa por vales e picos hormonais, e então recomeça suscetivelmente, compondo o ciclo feminino. Processo natural inerente às que nasceram por identidade biológica como mulheres na Terra, tendo como exclusividade a experiência de parir uma nova humanidade, reconhecendo vivenciar ciclos ovulatórios e menstruais. Sendo assim, sangrar e ovular são condições que indicam saúde na vida da mulher: demonstra que este organismo corresponde de forma funcional à interação do cérebro e útero. O ciclo menstrual é um ponto de partida para atuar com saúde da mulher. Dentro desse acontecimento bioquímico, o corpo é influenciado pelas emoções e pensamentos em seu sistema imune, endócrino e nervoso.

Por tamanha peculiaridade de cada mulher, obter as informações necessárias dentro de um acolhimento do jardim da escuta de si mesma para trilhar jornada de cura é empoderar-se da sua saúde, é desenvolver a própria conscientização, liberdade e autonomia de cada mulher como indivíduo.

MÉTODO DA GINECOLOGIA NATURAL

As metodologias da ginecologia natural são aplicadas através dos conhecimentos transmitidos de maneira oral pela medicina popular, por uma trajetória na pluralidade das culturas tradicionais e ancestrais, indígenas, brasileiras e universais. Atualmente, a ginecologia natural é um dos termos que se encarrega desse movimento de resgate dos saberes antigos, sendo a medicina não uma descoberta, mas uma arte tão antiga quanto a humanidade.

A ginecologia natural não se dá em métodos de protocolos prontos, tampouco é um nicho da ginecologia convencional, uma vez que a medicina atual não utiliza de recursos naturais para tratar doenças, avaliando e diagnosticando a partir de sintomas que se manifestam fisicamente.

Para além de remédios através de protocolos, a ginecologia natural entende que os organismos não respondem de maneira homogênea, tendo como filosofia convidar a integração e interação da pessoa para o tratamento alternativo.

Integrar dentro das circunstâncias de responsabilidade com sua saúde – através de mudanças de hábitos, perceber padrões e crenças limitantes, vivenciar a alimentação como fonte de cura, transformar pensamentos e rotinas que causam doenças, questões de mudança que nos chegam emergindo do inconsciente, subconsciente, supra consciente e eu superior, sendo estes caminhos para conciliar efetivamente na causa e não no sintoma, através deste olhar integral do indivíduo. E inteirar no sentido de o indivíduo ter informações a respeito da sua própria saúde não se colocando em local de terceirizar o que ocorre em seu corpo e organismo, mas em responsabilidade e autonomia de compreender e gerenciar sua saúde através de auto observação das respostas que a própria fisiologia do corpo fornece.

Dentro do ciclo feminino, podemos atuar em comunicação com nossa saúde em um primeiro momento de maneira autônoma através da auto observação, mudando paradigmas em rupturas de tabus, abrindo olhar à menstruação, ao muco cervical, ao colo do útero e à temperatura basal, que se altera durante o ciclo, ferramentas oferecidas de maneira biológica, onde podemos gerar nossa percepção consciente da ovulação, menstruação, irregularidades e patologias.

Em nossa pluralidade de culturas, através de uma tecedura da conexão da medicina científica convencional e reconexão da medicina da tradição e sabedoria ancestral, podemos sintetizar uma orientação de respaldo conclusivo onde também somos responsáveis pela consciência da nossa saúde e bem estar como mulheres.

Ciclar é saúde. Quando menstruamos e temos uma ondulação hormonal acontecendo, no seu ritmo, no seu tempo, de forma regular e cíclica, se renovando mensalmente, significa que nosso organismo, sistema endócrino, imune e nervoso, estão respondendo e funcionando perfeitamente.

O corpo feminino naturalmente sangra e ovula, a ciclicidade e a menstruação fazem parte do caminho da mulher. Para além do gênero e para além de um processo fisiológico, mas que se faz presente em alguma fração da vida, onde nos cabe estarmos atualizando maneiras de habitar em si mesma, pois faz parte do organismo feminino. A ginecologia natural visa esse movimento biológico como fonte de autonomia para a gestão da saúde da mulher, sendo a menstruação e a ovulação um indicativo dessa saúde.

Quando rejeitamos uma parte intrínseca da experiência como mulher, como nossa menstruação, estamos inconscientemente rejeitando o ser mulher. Se não nos vemos representadas num corpo que sangra, como podemos nos relacionar de forma positiva com a nossa natureza e

gostar de sermos mulheres? Que tipo de instruções ou informações nos foi enviada quando alcançamos essa fase da vida? O medo do seu próprio corpo ser fértil, o medo de que reconheçam que você está na fase menstrual, vedando esse assunto, utilizando absorventes descartáveis compostos de químicos e negando esse momento, preenchendo de tabus, nunca falando sobre isso. Qual foi a educação menstrual e sexual que nos chegou a partir dessas crenças limitantes? Como você cuida da sua menstruação? Qual espaço de importância ela recebe de você? Como é a interação desse espectro na sua vida? A menstruação é um momento real e completamente vivo na experiência como mulher, onde muitas lidam de maneira tão subjetiva quanto negativa.

Existem inúmeras formas de vivenciar o sangrado, porém, podemos caminhar através de pegadas em consciência do nosso corpo como território a pertencer e apropriar. Quando passamos pela experiência menstrual dentro da aceitação que é um processo fisiológico natural de ser mulher, podemos ter uma mirada a reconectar com os saberes inatos da alma feminina, conhecimentos que não foram escritos, mas que são nossos por direito. Conhecimentos que estão gravados nas memórias coletivas das mulheres, desde nossas ancestrais por níveis celulares, pela egrégora planetária e pelo campo mórfico, tanto quanto pelas próprias experiências pessoais, individuais e emocionais, sendo estes, campos onde os saberes são passados de ventre a ventre, nos conectando com uma sabedoria que carregamos de gerações a gerações e que nos remetem ao entendimento da mulher como ser cíclico, fértil e abundante como a terra, que manifesta e cria a vida. Reconhecendo esses saberes como uma liberdade e direito, podemos iniciar, mergulhar e se aprofundar em assuntos que não nos permitiram saber sobre a nossa própria história, assuntos que interessam a alma feminina.

Fazendo este *religare* conseguimos visualizar o ciclo menstrual não somente como um descarte fisiológico, mas sim, um indicativo de saúde e como método de conhecimento de si mesma. Dentro de saberes ancestrais da tradição, a menstruação é uma oportunidade de expurgar resíduos tanto físicos como a descida do endométrio, quanto através de ordem e limpeza energética, emocional e psicossomática, liberar padrões ocorridos no ciclo anterior, e então, nossa vida naturalmente cíclica, nos convida a recomeçar, assim como o desenvolvimento de um novo endométrio, iniciar um novo ciclo, uma nova ondulação hormonal, nos tornando cientes dessa flutuação e das funções biológicas como potencialidades de saúde, bem estar e desenvolvimento da mulher.

Interromper a conexão da ciclicidade natural da mulher se dá como emancipar-se de si mesma. Inibir teus processos naturais é uma escolha que traz a desconexão com o propósito e totalidade de habitar a terra como mulher, podendo acarretar em patologias diversas, aumentando o risco de tromboflebite, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, podem aumentar o risco de displasia cervical, câncer de mama, depressão, infecção, podendo causar náuseas, dor de cabeça, aumentando o sangramento e cólicas menstruais. Reações nítidas da ingestão de uma substância química e sintética para inibir um processo tão natural quanto feminino, sendo os hormônios sintéticos protocolos que nos emancipam da gestão da nossa saúde e aniquilam essa interação com a ciclicidade, muitas vezes, receitados já no primeiro contato com a ginecologia convencional, que não utiliza de recursos naturais para seus diagnósticos, onde é protocolado medicamentos que nos tornam lineares, rompem com a conexão endócrina, nervosa e imune nas respostas hormonais e fisiológicas, nos fazendo viver dentro dessa engrenagem de maneira profunda, onde passamos anos contínuos da nossa vida sem se quer reconhecer ou entender o que de fato estamos trazendo para o

nosso organismo, não acessando nossas potencialidades como mulheres, pois apenas seguimos dentro desses padrões sem questionar, sem se apropriar de si mesma e da própria saúde.

Uma mudança de paradigmas é necessária para criar uma nova realidade de enxergar o corpo como sua própria medicina e perspectiva de saúde. Por meio dos tempos atuais onde engessamos na produção frenética no tempo das máquinas, nos sendo pretendido uma produtividade linear, é que estamos nos distanciando da sabedoria menstrual e terceirizando nossos processos fisiológicos a partir de uma emancipação na nossa conexão útero e cérebro, nos medicando para manter um padrão produtivo, também afetando a neutralização da libido, a neutralização das emoções, da capacidade criativa, não tendo mais uma constância cíclica, sendo a mesma da mesma maneira, todos os dias, sem que possamos alcançar as potencialidades hormonais naturais e cíclicas do corpo da mulher.

Para a saúde integral da mulher, a condição de uma vida emancipatória por meio de hormônios sintéticos intercede nas comunicações endócrinas, imune e nervosas, e uma vez que o sistema endócrino rege todo processo que compõe as emoções, quem somos nós a partir dessas substâncias sintéticas?

Quando assimilamos uma produtividade linear, tampouco realizamos os hormônios sintéticos como meio de libertação, uma vez que os medicamentos hormonais sintéticos que anulam a menstruação, assim como anulam a ovulação, ou seja, nos tornam um campo biológico não mais cíclico que intervém na condição bioquímica natural do sistema endócrino, não leva de forma efetiva uma cura para patologias já existentes no campo físico feminino. Uma vez que essa medicação irá atuar desconectando os impulsos da comunicação entre as correntes que circulam os hormônios respectivos do cérebro aos ovários, reduzindo a capacidade do seu próprio corpo de ser funcional, que cai no adormecimento dessa produção hormonal, pois ingerimos de maneira sintética, o corpo entende que não precisa atuar nessa funcionalidade causando o desligamento da comunicação cérebro e ovário, interrompendo nossa menstruação, pois não mais temos um ciclo para menstruar, sendo o sangue que escorre apenas um escape do uso do medicamento, aniquilando nosso ciclo ovulatório, pois não mais chegamos ao desenvolvimento e liberação do óvulo, não chegamos a fertilidade, tanto quanto não tratando diretamente uma doença, não curando patologias, mas sim, mascarando sintomas de maneira tão explícita a ponto da doença em questão retornar tão breve quanto a exclusão do uso dos hormônios sintéticos.

Transtornos causados por uma menstruação não bem aceita, dentro dessa visão integral da ginecologia natural em referência a saúde menstrual, nos diz respeito exatamente a desconexão do legado das memórias femininas. Nos diz sobre vivenciar em negação esses aspectos completamente naturais e fisiológicos da mulher. Ouça o que teu corpo está querendo te dizer. Acolha as cólicas e procure entender de onde vem o enrijecimento desse útero que te causa dor, crie um vínculo respeitoso com o seu corpo-templo se abrindo para aquilo que já está anunciado e materializado de maneira física, ou seja, já manifestado em campos mais sutis, e, quando não abrimos a escuta aos saberes mais sutis dentro de nós, sentimos em campos como a matéria da doença física, um chamado do corpo pedindo atenção, nos fazendo assim compreender os sintomas como uma manifestação que se dá por fatores comportamentais de responsabilidade do indivíduo, que pode se colocar à disposição dessa entrega ao cultivo do entendimento do que realmente se passa no seu organismo, mas que, em detrimento da era atual de produtividade, acabam por tomar pelo caminho emancipatório, e se dão suscetivelmente aprisionadas em consumir da indústria farmacêutica aquela

medicação que não cura, não transforma, não realiza impactos efetivos contra a causa, mascarando aquela doença que permanecerá ali, sendo bloqueada por remédios, mas que não encontra saída.

Mulheres que resgatam esses saberes e aplicam na vida contemporânea em espaços de compreensão das próprias crenças, padrões comportamentais e emocionais, conseguem vivenciar sua cura. Essa mulher é capaz de transformar sua vida, buscar sua cura e ressignificar seu caminho como mulher, tornando-se mais satisfeita com seu próprio ser, criando vínculos com seu corpo-templo, local em que se habita. Logo, ter um olhar mais amoroso para questões tão inerentes do ser mulher é também reivindicar a importância da mulher compreendendo que toda natureza cíclica reconhece seu lugar. Sendo assim, é possível constatar que você é sua própria cura, uma vez que tem responsabilidade com sua saúde, e está disponível para caminhar a dentro do autoconhecimento, retornar a casa, compreender a si desde uma visão integral, quando não separamos aspectos físicos, emocionais e psíquicos para promover um diagnóstico.

Está em coerência termos visão de que a mulher passa por um processo fisiológico inerente do corpo biológico feminino e suas condições serão avaliadas e experienciadas através da própria percepção pessoal e perspectiva individual daquela mulher, onde toda informação que é recebida, é dada a partir do nosso sistema cultural. Podemos correlacionar então, que a maneira como interagimos com nosso ciclo menstrual e ovulatório está fundamentada com os paradigmas de crenças sociais assim como de suas próprias características cristalizadas em padrões comportamentais referente a aceitação dos processos fisiológicos inatos de habitar um corpo naturalmente cíclico.

A metodologia da ginecologia natural se firma na urgência de nos reconectarmos com nossa essência feminina e verdade na Terra, resgatando os saberes ancestrais, tradições e memórias plurais das mulheres através da manifestação dos ciclos naturais que disseminam autoconhecimento, autonomia e amor à nossa natureza cíclica, instintiva e intuitiva, focalizando as qualidades e possibilidades para expandir nossa essência.

Tecendo a teia das nossas próprias experiências e germinando o despertar das mulheres para sua consciência e auto responsabilidade evolutiva, criando visão de mundo em integração do vivenciar ser mulher, podemos, assim, fazer dos nossos corpos, templo e território de apropriação e investigação, laboratório alquímico da criação onde aprimoramos e lapidamos conhecimentos de cura a partir de uma mirada integral na totalidade do ser mulher.

Quando uma mulher se torna capaz de reconhecer-se como fonte primordial de toda manifestação e retorna ao seu próprio altar de origem, quando uma mulher acredita no grande potencial de cura que carrega em seu ventre, quando uma de nós desperta, se reconecta e se reencontra, estará curando a toda sua linhagem, das que vieram e das que estão por vir, não somente filhas, mãe, avós, bisavós, mas sim, toda memória que temos no Brasil, na América Latina e no mundo.

Atualmente, principalmente no ocidente, as mulheres tem se tornado inférteis, e em referência da qualidade da responsabilidade assumida para com a saúde, mantendo hábitos visionários de bem estar, conduta em nutrição de corpo, mente e espírito, alimentando seu organismo com uma microbiota saudável, alimentos vivos, especiarias, ervas e plantas curativas, práticas alimentares nutritivas e responsáveis também através de alimentação colorida, folhas verdes, fermentados, germinados, - onde sua saúde se dará em totalidade, iremos interagir com os meios de percepção de sintomas e doenças de maneira mais conectada com a real beleza de sanar e propagar sua própria cura desde uma transformação de dentro para fora. Através da alimentação

materializamos as perspectivas de vida e hábitos coerentes e conscientes com sua saúde, sendo essa uma cura inata a partir da abordagem natural.

Método Sinto-Termal: Percepção de Fertilidade

A medicina natural recebe a fertilidade feminina como potencial criativo, como potência de saúde integral. Podemos ser férteis como expansão da vivência da saúde da mulher experienciando a fertilidade do nosso corpo sem tabus, sem medo de nos tornarmos amplas, pois nesse período do ciclo nossas energias estão projetadas de maneira mais abundante no auge da nossa capacidade criativa. Ser fértil é um posicionamento político e social de empoderamento dos direitos de saúde sexual e reprodutiva desde um lugar de informação, também nossa por direito.

A fertilidade nos dá capacidade criativa de cocriar vida tanto quanto cocriar e manifestar ideias e projetos, assim como realidades ideais, mantendo esse momento de pico hormonal como potencialidade produtiva e cíclica, nos cabendo a disposição de termos métodos aplicáveis de rendimento de maneiras diferentes durante o ciclo, nos podendo abrir à libido sem paradigmas, sendo desenvolvida por uma não repressão à sexualidade e prazer feminino. Quando fazemos gestão da nossa saúde a partir de informações de apropriação do nosso território como mulheres e dos nossos saberes, podemos tonificar nossas potências. Podemos tonificar a fertilidade, não somente para aquelas que se interessam em engravidar, mas para criar vínculos com seu autoconhecimento e ampliar a si mesma, suas capacidades de materialização e florescimento, alcançar sua máxima em essência criativa e criadora.

A percepção natural de fertilidade se dá através da auto observação, registro e entendimento de si e do seu corpo, pois o corpo é sábio, o corpo fala, e ele nos dá indicativos que apontam o que está acontecendo no nosso organismo.

De forma fluída e por habitarmos um corpo cíclico, naturalmente compreendemos algumas sinalizações do corpo dentro de particularidades pessoais, chamados de sintomas secundários. Seriam características desenvolvidas através da auto observação onde cada mulher irá subentender suas nuances com o momento que a fertilidade está acontecendo e como nos sentimos, mais libidinosas, ou mais extrovertidas, e entendemos aquilo como período fértil pois já criamos associação daquelas indicações secundárias com a ovulação, sendo esses sintomas que variam tanto de mulher a mulher quanto de ciclo a ciclo, e por isso são percepções secundárias.

As características primárias são aquelas entregue a nós de maneira biológica e fisiológica, e que não variam de mulher para mulher.

Através da auto observação temos uma ferramenta biológica potente de autoconhecimento, tornando o nosso corpo nosso território de pertencimento com responsabilidade da nossa saúde.

Seguindo como base o direito à informação de educação sexual e autoconhecimento da nossa saúde como mulheres, a ondulação hormonal pode ser observada desde uma ótica de abertura para o que realmente significa essa dança biológica que compõe o ciclo feminino. Junto com a menstruação damos início a outras funções orgânicas, como o trabalho da hipófise, que lá do cérebro se comunica com os ovários, e caminhamos ao pico de estrogênio durante o desenvolvimento folicular, e quanto mais os folículos crescem, o hormônio estrogênio será produzido em maior quantidade, onde, dentro de uma avaliação e observação de fatores fisiológicos da mulher, indicamos a ovulação através do método sinto-termal, método que nos sinaliza através de fluídos, cérvix e temperatura basal quando está para acontecer e quando já aconteceu a ovulação.

Durante a ovulação, que se dá após o pico de estrogênio, reconhecemos que nosso corpo manifesta essa fertilidade apenas uma vez dentro de um ciclo ovulatório, sendo esse o momento em que o óvulo desenvolvido tem uma descarga elétrica e se impulsiona para as tubas uterinas. O óvulo neste momento está maduro e é liberado para as trompas, onde caminhará ficando a disposição por em nosso organismo, nas tubas uterinas, aguardando a fecundação. Quando é fecundado, o óvulo ficará disposto no endométrio, tecido que envolve o útero de maneira interna e que na ovulação se atribui estar mais grosso para receber o óvulo que ficará pregado nesse tecido e irá desenvolver o feto. Quando não ocorre a fecundação, o óvulo se desintegra formando o corpo lúteo, o endométrio se descama e se torna a menstruação posteriormente. Aquele óvulo, fecundado ou não, mas que faz parte da vida cíclica da mulher, quando está maduro e está sendo liberado, compõe energeticamente e fisicamente muitas mudanças e potências para a mulher. Sentimos essas mudanças na disposição como sintomas secundários e nos fluídos, cérvix e temperatura basal como sintomas primários.

Visando que as mulheres e os ciclos são distintos entre si e de períodos variáveis, para ciclos longos após a menstruação e antes da ovulação, teremos dias secos, ou seja, dias sem apresentarmos muco cervical. Quando se dá o pico de estrogênio e estamos ovulando, o hormônio folículo estimulante irá declinar a produção e essa baixa aumentará a produção do hormônio luteinizante, liberando o óvulo que será capturado pela tuba uterina. O fluído cervical nesse momento será apresentado de forma com o ph mais básico, alcalino e doce, com texturas oscilantes entre úmido, líquido, lubrificante, translúcido, escorregadio, parecidos à fluídos de quando estamos excitadas. Esse tipo de muco cervical aumenta o tempo de vida do espermatozoide, essa mudança do ph da vagina se torna o veículo de ida do espermatozoide, favorecendo uma janela fértil de 5 dias – o óvulo levando até 48 horas para se desintegrar, e o espermatozoide sobrevivendo nas condições da via vaginal por 72 horas. O colo do útero com a alta de estrógeno tende a se dispor mais acima, mais alto e aberto, tendo a textura macia com toque semelhante ao lábio da boca. Temos uma queda na temperatura basal próximo da ovulação, que aumenta e se mantém elevada até a menstruação. Uma vez que acontece a ovulação, produzimos progesterona, pois o corpo entende que precisa segurar aquele suposto óvulo fecundado e com isso nosso metabolismo aumenta, aumentando também nossa temperatura. O corpo lúteo se desintegra 14 dias após a ovulação, os hormônios acessam os vales e na baixada hormonal a menstruação acontece. No período infértil é perceptível a mudança dos fluídos cervicais para um ph mais ácido e de textura grudenta, cremosa, opaca. O colo do útero no período infértil se posiciona mais a baixo, fechado e agora sua textura é mais firme e seu toque semelhante a cartilagem, a ponta de nariz.

Com essas ferramentas biológicas ativas através da auto observação, registro e interpretação somos capazes de acompanhar de maneira consciente a nossa fertilidade. Requer compromisso e estudo para a auto observação, disciplina e rotina para o registro, constância e permanência para interpretar esses saberes funcionais de todo o organismo intrínseco do habitar um corpo feminino. O método de percepção de fertilidade através de evidências científicas tem eficácia de 98% (podendo chegar até 99,6% em estudos mais rigorosos) em uso perfeito, e eficácia de 76% em uso típico.

Uma vez que temos acesso a essa informação podemos decidir como administrar nossa saúde como mulher dentro da responsabilidade e autoridade como indivíduo que habita esse corpo. Quando experenciamos o método sinto-termal, não se dá necessária a utilização de medicamentos diariamente para aniquilar a fertilidade, a menstruação, a ciclicidade, e sim, podemos vivenciar a

saúde da mulher através da ginecologia natural, da consciência e responsabilidade com a saúde da mulher.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos resulta a aplicação da auto observação prática dentro de um panorama visionário da totalidade do indivíduo como íntegro e único, onde o cabe reivindicar seu direito ao acesso à informação e responsabilidade da sua saúde, sendo os recursos naturais meios efetivos de cura e de autoconhecimento, pois transpassam uma conexão maior do ser humano significando viver dentro da conscientização de pertencimento a si. Adquirimos autonomia e bem estar com a vida cíclica desde a menstruação à fertilidade, nos tornando capazes de gestar ou não, com protagonismo e direito de escolha, garantindo nossos direitos sexuais e reprodutivos através da percepção dos sinais e sintomas, respaldando a consciência de responsabilidade da saúde na vida da mulher de maneira plural referente à racionalidade medica.

Autoconhecimento e Autonomia

A real relação de impacto direto em todos os quesitos da sua vida, é a sua consigo mesma. A ginecologia natural apresenta métodos de avaliação numa perspectiva integral através de recursos naturais. É um caminho trilhado por aquela que está buscando sua cura, juntamente com a curadora que está a levando para caminhos que já percorreu e conhece, ou seja, a responsabilidade de caminhar a cura está na própria paciente, não sendo a sua evolução no tratamento uma terceirização da sua saúde para outrem ou por vias sintéticas.

Uma vez que temos como modelo de saúde feminina uma mulher livre para sangrar, livre para ovular, somos capazes de criar conexões de autoconhecimento profundo desde a cura da origem das questões que se manifestam, dentro de uma perspectiva coerente e consciente de autogestão e autonomia do seu corpo. Quando caminhamos essa consciência e descobrimos uma patologia presente, podemos tornar essa manifestação como um indicativo para olhar aquelas questões tão engavetadas que precisam de uma mirada a dentro pelo subconsciente, inconsciente, supra consciente e eu superior, de maneira integral e pessoal com sua relação consigo mesma, seu corpo físico, seus pensamentos, sua nutrição de vida, e então você estará apta para desenvolver autonomia e autogestão da sua saúde.

As medicinas naturais tem esse olhar ao ser de maneira íntegra. A ginecologia natural entende que através da comunicação integral do ser mulher, desde perspectiva própria de autonomia da saúde, até fatores externos, entendido o ser como a maneira que irá se relacionar com o mundo em desenvolvimento extrínseco, tanto quanto a relação com seu micro organismo, com sua flora vaginal e intestinal, com seu modo de vida e de pensamento, como gerencia suas emoções e lida com aspectos psíquicos, a percepção de si em níveis emocionais, sistêmicos, práticos, hormonais, sendo todos esses, coeficientes levados em consideração na formulação de um tratamento alternativo a base de ervas e recursos naturais, onde se firma a conexão com a terra para curar com vida através da alimentação e práticas ancestrais, e com o desenvolvimento de consciência da responsabilidade para com sua saúde e autonomia sobre seu corpo através de um olhar receptivo ao

entendimento de que somos um organismo biológico funcional quando somos cíclicas, quando nos compreendemos conectadas aos saberes da terra.

Ervas e Saberes Antigos

Utilizamos dos recursos naturais como agentes transformadores dentro de uma perspectiva maior de saúde e conexão, onde se acredita que deixando de ocupar nosso corpo cria-se o processo de adoecimento, ou seja, se fico doente, me perdi de mim mesma, estou em uma terra estrangeira, não reconheço e nem conheço o que ocorre nesse território, me cabendo a ocupação da doença, e a conscientização de olhar para o corpo a partir de perspectiva própria para entender e modificar a realidade dessa vivência através da doença já manifestada.

Aprendemos a terceirizar nosso território, falamos aos nossos corpos que não sabemos parir e terceirizamos o conhecimento da nossa anatomia e fisiologia para outros sujeitos: são os profissionais quem fazem o parto, e os parceiros que conhecem da nossa sexualidade, onde compreendem do nosso corpo e dos nossos processos naturais mais do que nós mesmas. As bases estruturais sobre a compreensão da saúde da mulher no sistema convencional são patriarcais, fincadas na crença de que a intervenção masculina é necessária para que funcione ou corrija, sendo essa uma visão de controle e domínio, e sendo a mulher e sua fisiologia aqueles a serem controlados e retidos, os processos naturais considerados patológicos e inoportunos para a funcionalidade integral da saúde feminina.

Pela descolonização do corpo da mulher e pela reapropriação do nosso corpo-território, através de uma tecedura revolucionária e da voz feminina, estamos escrevendo nossa história.

Dentro de um espectro da sabedoria ancestral onde a patologia já está presente, chamamos como responsabilidade o processo a ser seguido para essa pessoa, para que ela caminhe sua saúde, de maneira que os tratamentos alternativos e curadores, se tornam auxílio e apoio para essa mulher que está caminhando sua saúde com os próprios pés, mantendo as informações como um direito de autoconhecimento e nos conectando com nossa essência feminina, com os saberes que residem nos ventres das mulheres. Alinhada aos recursos naturais, como as ervas, os chás, o movimento, a expressão, e com os tratamentos ancestrais como banhos de assento, vaporizações uterinas, escalda pés, nos vemos dentro de uma mudança de padrões e sistemas em que era condicionado a doença ginecológica durante um percurso extenso de protocolos, diagnósticos, e transtornos causados pela frustração do não entendimento da causa.

A ginecologia natural é uma medicina ancestral. Antes mesmo de existir a ginecologia, as mulheres se cuidavam e se curavam. No percurso da cura desde uma visão antropológica, eram as mulheres as curandeiras e médicas da sociedade, pois eram elas quem plantavam e entendiam da sabedoria das ervas. A ginecologia natural é, antes de tudo, um ato político e social, antes de uma prática com elaborados de plantas, é um ato de resgate aos saberes antigos capaz de revolucionar a maneira que tratamos, cuidamos e enxergamos a mulher e sua saúde, respeitando sua autoridade e autonomia de si, e acolhendo sua devida natureza percebendo a medicina que carregamos em nosso útero.

As ervas, a sabedoria e o corpo da mulher são ferramentas naturais para utilizar da potencialidade da autopercepção, entender o que é o seu corpo e como ele se movimenta

internamente para além de tomar uma medicalização, nos tornando cientes do próprio processo como mulheres na terra.

Muitas vezes, esse caminho é percorrido de maneira autônoma, pois não encontramos acolhimento para esse tipo de decisão mais integrada e conectada com uma eco consciência e saúde natural dentro da ginecologia e medicina convencional, pois as ervas nem se quer são recursos utilizados, tampouco, é visado a maneira de entender desequilíbrios patológicos como uma desconexão de fatores que causam a psicossomática, até mesmo tendo uma desinformação nos espaços acadêmicos referentes a pluralidade cultural e outros meios de cura, nos deixando propícias a “remar contra a maré” quando decidimos pela nossa autoridade, quando decidimos por gerenciar nossa saúde atuando através de maneiras mais harmônicas e amorosas com o nosso corpo do jeito que simplesmente é na sua natureza biológica. Habitamos a inquietação de não sermos representadas em adquirir medicamentos sem patologias e até por medo da nossa ciclicidade menstrual e ovulatória, ou nos tornarmos emancipadas no sentido de medicar sem chegar a um resultado efetivo que conclua essa doença e finalize-a, diretamente referido a patologias ginecológicas femininas onde ao parar com o uso do medicamento, aquela doença retorna. Por isso, se dá a própria experiência como método para reconhecer o que de fato ocorre com seu organismo ou não, sendo a auto observação e autoconhecimento os agentes que nos baseiam de forma estável e garantem que aquele tratamento está sendo de fato eficaz, aplicado em paralelo à mudança de perspectiva pessoal que não deve ser separada para ser diagnosticada, pois o ser íntegro é compreendido na medicina natural e nas mulheres que acessam e experienciam essa jornada através da totalidade que somos em aspectos psíquicos, físicos, emocionais e espirituais. A maneira que nos entendemos a totalidade do que somos, concluimos que um desequilíbrio emocional pode se tornar um desequilíbrio da flora vaginal e intestinal. E embora seja receitado substâncias para o sintoma do desequilíbrio vaginal, enquanto não caminharmos em coerência com nossa verdade interior não alcançaremos o desenvolvimento para sanar a causa da doença.

Em distintas épocas da humanidade, assim como em continentes opostos, a medicina da tradição, seja ela a medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica indiana, medicina indígena latino-americana, brasileira, tupi guarani, seja ela o quão mais profunda a dentro da humanidade, encontraremos uma medicina que se baseia na natureza, nos elementos, ervas, energias sutis e peculiaridades de cada ser íntegro. Negando toda uma trajetória histórica da humanidade que curavam, estamos negando a cultura da humanidade e saberes ancestrais.

Pela medicina popular, já ouvimos falar até mesmo nas nossas gerações passadas, sobre aquela planta receitada pelas avós para os mais diversos tipos de sintomas e doenças, sendo esses saberes carregados muitas vezes sem sabermos qual a fonte de origem dos mesmos. Não sabemos de onde vieram, mas concluimos que estão conectados com a sabedoria intrínseca impregnada nas memórias celulares e passadas por via oral ou através da vivencia prática.

Através da tecedura da pluralidade cultural, atualmente somos capazes de reconhecer ervas e plantas com ação antifúngica, antibacteriana, cicatrizantes, nos possibilitando uma tecnologia informacional de estudos científicos de cada ação e reação fitoterápica, mas ainda assim, a aplicação e resultado efetivo se dá através da auto observação, se está ocorrendo uma transformação evolutiva que não chegue a ser um transtorno perante o desenvolvimento da cura da doença. A partir da auto observação, temos o entendimento.

Mas para observarmos, precisamos atuar e vivenciar de maneira prática e profunda. Uma das práticas ancestrais utilizadas como tratamento alternativo e natural, é a vaporização uterina, sendo um ritual energético e também um tratamento da ginecologia natural.

Atuando com o fato de que a mucosa vaginal é completamente fina e possui grande capacidade de absorção, por esse motivo, qualquer substância que entra em contato com a mucosa rapidamente entra na corrente sanguínea, e, com a ação do calor, ainda há mais absorção dessas propriedades ao organismo que estão em contato direto com a mucosa, que por muito tempo passa escondida e úmida. Por questões físicas, o vapor se dá forma elevando-se, chegando até o útero promovendo uma limpeza profunda, em níveis sutis quanto físicos. O calor, promove a dilatação dos vasos e melhora a circulação sanguínea no local potencializando as substâncias das ervas. A umidade com as partículas de plantas, hidrata e melhora a saúde vaginal como um todo. Porém, somente através do autoconhecimento ou da informação referente às ervas é que podemos utilizar de maneira coerente com a saúde essa prática ancestral. Mesmo tratando-se de uma medicina natural, é evidente a necessidade de estudos, investigações e acompanhamento para alcançar o uso seguro da prática, podendo ser esse acompanhamento através de algum tutor que carregue os saberes da natureza, pois não são saberes acadêmicos, e é justamente um resgate da sabedoria que não escreveram nos livros.

Algumas ervas para vaporização do útero podem ser aquelas com ação cicatrizante, antifúngicas, antiespasmódicas, como orégano, camomila, alecrim, malva ou calêndula. Plantas que provavelmente já fazem parte do seu cotidiano e que não estavam em seu conhecimento conciliadas com a utilização para a saúde ginecológica, sendo elas extremamente benéficas se utilizadas da maneira correta e para a devida patologia, podendo elas se tornar um transtorno caso não seja usada para o tratamento correto, por isso, como não estamos nos direcionando a uma doença específica e sim a um meio de cura das mesmas, esses são apenas exemplares para demonstrar o quanto a cura está perto e está dentro.

Essa prática acessa lugares profundos dentro de nós e do nosso útero. De qualquer maneira, existem contra indicações para esse tratamento tão potente de vaporização uterina, certamente, pois um tratamento mesmo que natural, e principalmente por ser natural, irá movimentar todos os quesitos da vida da mulher, então emerge de reações psíquicas, espirituais, emocionais e físicas. Mulheres com dispositivo intrauterino como o diu de cobre não devem realizar a prática, uma vez que o diu causa um processo de inflamação uterina, quando dilatamos os vasos sanguíneos no tratamento com vapor e deixamos o calor entrar, o útero incha e o diu aquece, causando cólicas e contrações fortes. Mulheres dentro de quadros de candidíase também não tem recomendação da prática, pois o fungo da candidíase causa inflamação uterina e se beneficia em ambientes úmidos e quentes, resultando na proliferação do fungo na prática de vaporização uterina. A candidíase também é causadora de fissuras na vulva, e a vaporização uterina não é indicada quando há qualquer ferida aberta. Não é indicada para gestação, menstruação e infecções vaginais. Por isso a importância de um acompanhamento de alguém que caminhe esses saberes naturais, que compreenda através de uma conexão ancestral as práticas alternativas de maneira a reivindicar a saúde da mulher como direito de estudo desde um espectro que leve em consideração sua autoridade de decisão em seus meios de distintas racionalidades médicas.

Dentro de um diagnóstico onde a totalidade do indivíduo foi acessada para apresentar disponibilidade da saúde para a prática, podemos nos banhar dos benefícios de vaporização uterina, que desintoxica o útero e a vagina, diminui e regula o fluxo menstrual, torna o sangue mais fluído,

trata miomas uterinos, cistos ovarianos, fraqueza uterina e prolapso uterino, aumenta a fertilidade, tonifica o sistema reprodutor, melhora a lubrificação vaginal, hidrata, reduz dores, desconfortos e inchaços causados pela exaustão pós menstrual, pós relação sexual, pós parto e até pós cirurgias ginecológicas, limpa memórias uterinas físicas e energéticas, aumenta o fluxo de circulação física e energética, aumenta o potencial criativo da mulher.

CONCLUSÃO

A ginecologia natural atua rompendo com paradigmas e vivenciando o resgate das sabedorias ancestrais, onde nossa autonomia e integridade como indivíduo único é respeitada e respaldada nos tratamentos que são baseados em toda a estrutura vivencial daquela mulher – de que maneira se nutre, qual tempo, espaço e liberdade que essa mulher tem para adentrar a si e caminhar a sua cura, qual o interesse dela no cuidado da sua saúde, como busca por caminhos diversos com elucidação de reconhecer-se, da aceitação de ser mulher, da compreensão das emoções, da maneira de nutrir seu organismo, com pensamentos, alimentos, hábitos, que condizem com o formato presente da sua saúde.

Quando somos capazes de ressignificar essa relação intrínseca da vivência como mulher, aceitando nossa natureza feminina e compreendendo que não estamos doentes por sermos cíclicas, não precisando nos medicar como procedimento sem nenhuma patologia presente, assim também vivemos: experienciamos um retorno ao nosso altar de origem, onde a inquietude da alma livre feminina não habita o pensamento de pertencer a padrões sociais de colonização dos nossos corpos, nos tornando capazes de reivindicar nossa autonomia sobre nossa saúde e direito de informação.

Somos capazes de vivenciar a menstruação, fertilidade e a potencialidade cíclica feminina como canais de expansão do autoconhecimento, uma vez que estaremos integradas com a sabedoria do indivíduo em sua totalidade, podendo prevenir desequilíbrios físicos e patologias antes mesmo que ocorram. E uma vez manifestada a patologia, podemos caminhar à dentro para chegar às raízes da doença e compreender quais atos e caminhos trará impactos diretos na cura e autonomia da nossa saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

ESTÉS, Clarissa Pinkola. Mulheres que correm com os lobos. Rocco; 1ª edição, 2018.

FAUR, Mirella. Círculos sagrados para mulheres contemporâneas. Pensamento, 2011.

GRAY, Miranda. Lua Vermelha. Pensamento; 1ª edição, 2017.

MARTÍN, Pabla Pérez. Manual de introdução à Ginecologia Natural. San Martin Editora: Ginecosofia ediciones, 2018.

WOLF, Naomi. Vagina, uma biografia. Geração Editorial, 2013.

79

AUXÍLIO DAS REDES SOCIAIS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

FILIAÇÃO

¹ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA (UNINTA).

² Acadêmica de Odontologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

³ Acadêmica de Fisioterapia pelo Centro Universitário INTA (UNINTA).

⁴ Acadêmica de Enfermagem pelo Centro Universitário INTA (UNINTA)

⁵ Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA (UNINTA).

AUTORES

ANAILDA FONTENELE VASCONCELOS¹

ALANA FONTENELE VASCONCELOS²

ANA LUISA VASCONCELOS DOS SANTOS³

FRANCISCA GEISA SILVA MARTINIANO⁴

MARIA LAIS VASCONCELOS DOS SANTOS⁴

INÊS ÉLIDA AGUIAR BEZERRA⁵

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Rede social; Atividades Socioeducativas.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade as mulheres foram tratadas com desigualdade, inclusive no Brasil, apontadas como inferiores e até mesmo sexo frágil. A violência contra a mulher permanece na sociedade devido à falta de informação e a conceitos socioculturais já hierarquizados (TRIEERS *et al.*, 2018).

Hoje, isto trata-se de um problema social e de saúde pública no mundo, devido à alta magnitude e aos danos causados à saúde física e mental, que podem durar mesmo após o cessar das agressões. Estima-se que a violência praticada contra mulheres entre a faixa dos 15 aos 44 anos seja responsável por mais mortes que o câncer, malária e acidentes de trânsito (CERVANTES *et al.*, 2012).

As relações de poder e posse do homem sobre o corpo feminino, perpetuados por meio da cultura patriarcal ao longo dos anos, ainda se mostra o principal motivador das violências. Os agravos são majoritariamente praticados por parceiros de contato íntimo, como maridos e namorados, os quais se aproveitam dos laços afetivos e vulnerabilidade da vítima para a prática das violências (BARROS & SCHRAIBER, 2017).

Segundo dados levantados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2018), no Brasil, já são mais de 66.041 casos de violência sexual e mais de 263.067 casos de violência doméstica, o que se torna cada vez mais preocupante.

Em meio a isto, vista como veículo de comunicação e apoio a esta situação, a rede social pode ser compreendida como um conjunto de relações interpessoais que determinam as características da pessoa, tais como: hábitos, costumes, crenças e valores, sendo que, desta rede, a pessoa pode receber apoio. A existência de vínculos com familiares, vizinhos e instituições, como igreja e associações comunitárias, é fundamental no auxílio às situações de adoecimento e dificuldade (RUIZ & GERHARDT, 2012). São formados laços perceptíveis que se estabelecem entre pessoas, organizações ou instituições conectadas por algum tipo de relação/rede social. Estes laços, quando acionados, geram conexões que dão forma à rede. Esta é definida como um conjunto de relações interpessoais e sociais, em que a pessoa pode receber apoio emocional, material, em serviços ou informações (SANICOLA, 2008).

Com isso, o conhecimento a respeito da rede social como apoio, na qual a mulher em situação de violência está inserida, propicia a compreensão da dinâmica relacional, a assistência, visibilidade de problemas e satisfação de necessidades sociais e de saúde que escapam muitas vezes da capacidade de atendimento do Estado (ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2017).

Em consonância com o exposto, o objetivo proposto deste trabalho é relatar as contribuições das redes sociais às mulheres em situações de violência, através de oficinas realizadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizado no mês de março de 2019, em uma UBS de um município da região noroeste do estado do Ceará, por acadêmicos dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia de um Centro Universitário, junto a profissionais da Atenção Primária à Saúde do município em questão.

Para a realização deste momento, foi feita uma reunião entre todos os envolvidos, desenvolvendo uma pauta alinhada aos materiais que iriam ser utilizados e o cronograma das atividades com os temas e aspectos abordados. Ressalta-se que tudo foi organizado com base no perfil dos participantes e suas necessidades. As atividades foram atribuídas no período de uma semana, onde cada dia um grupo de profissionais e acadêmicos desenvolviam atividades com os participantes, sendo os mesmos, jovens e adultos do sexo feminino e masculino que estavam ali presentes. O primeiro contato foi através de uma roda de conversa, onde foram apresentados todos os envolvidos e as ações socioeducativas que iriam ser realizadas.

A cada dia da semana foi abordado um tipo de violência diferente, mostrando os seus conceitos e características, além dos números de casos denunciados. Ao fim de cada momento, foi explanada a contribuição das redes sociais como forma de apoio a todas as mulheres sujeitas a qualquer tipo de violência e o quanto poderiam interferir positivamente de forma direta em suas vidas.

Contudo, a semana dos participantes contou com oficinas de exposição de diálogos e relatos, criação de cenas através de teatro mudo, exibições de vídeos, lanches saudáveis, explanação sobre a contribuição das redes sociais e outras medidas adotadas por vários municípios e campanhas públicas sobre os canais de denúncia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As metodologias usadas ao decorrer dos temas abordados, surtiram bastante interação entre os acadêmicos, profissionais e os participantes que estavam presentes, fazendo com que o momento se tornasse mais proveitoso para todos.

O teatro mudo foi relatado uma situação de insatisfação do homem (pai) com a gravidez de sua esposa, que por sinal não havia sido nada planejada. Ao término da cena, foi explicado aos presentes a situação e solicitado que alguém, que tivesse vontade, tomasse o lugar de algum dos personagens da história retratada, para mudar o que lhe causou mais incomodo ao ver a cena. Na sequência três pessoas se dispuseram a participar, o que acabou proporcionando mais abertura para os demais.

A exibição de vídeos foi um método que chamou bastante atenção de todos, pois foi repassado cenas de algumas novelas onde haviam ocorrido episódios de alguns tipos de violências e que, inclusive, entre uma cena e outra, muitos dos presentes ali não tinha entendimento que pudessem ocorrer violência entre um simples diálogo, que no caso a violência retratada foi a psicológica.

Os diálogos e trocas de experiências foram momentos bem sensíveis para muitos, pois foram retratados relatos assustadores e entristecedores sobre a vivências de alguns, e isso mostrou que a violência contra a mulher se torna cada vez mais presente em nosso meio e, muitas vezes, acontece quando menos se espera. Ao explanar sobre o uso das redes sociais como medidas de apoio, várias curiosidades e tabus foram sanados e quebrados, o que resultou em grande satisfação para toda a equipe.

Como limitações para o desenvolvimento dessas práticas, apresentou-se a falta de recursos financeiros para o custeamento dos materiais usados e dos lanches distribuídos, mas isso conseguiu ser sanado entre o grupo. Em suma, todas as oficinas realizadas surtiram os resultados que haviam sido almejados pela equipe, além da grande experiência que todos obtiveram ao planejar e vivenciar todo o momento.

CONCLUSÃO

Embora existam leis e delegacias voltadas em prol as mulheres que sofrem violências, a cultura machista ainda se torna muito presente em nosso meio, e isso torna-se preocupante para a população. Em meio a esses grandes números, o assunto vem repercutindo cada vez mais nas redes sociais, como também em todos os tipos de veículos de comunicação.

É imprescindível a criação de medidas de conscientização e encorajamento para que a vítima possa identificar e enfrentar de forma mais amena a situação vivenciada, proporcionando assim, reflexões sobre a realidade sobre seu pensar e agir. E para isso, a alternativa de usar as redes sociais como forma de apoio a essas vítimas veio para somar aos outros apoios já existentes.

O desenvolvimento desses momentos, envolvendo uma temática polêmica Educação Popular em Saúde foi de suma importância para compreensão dos envolvidos da potencialidade do trabalho em equipe, considerando os saberes de todos os envolvidos, unindo forças para a concretização de ações benéficas a população, capazes de transformar os cenários de práticas reais.

Em suma, as mulheres que sofrem de algum tipo de violência precisam passar por um processo de reconstrução e crescimento físico, psicológico e social. Visto isso, todo apoio é

fundamental, então, o momento proporcionado pela equipe para os participantes mostrou grande potencialidade de transformação das realidades vivenciadas por muitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE NETTO, L. *et al.* As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 26, e07120015, 2017.

BARROS, C.R.S. & SCHRAIBER, L.B. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 7, 2017.

CERVANTES, V.G. *et al.* Perfil epidemiológico das vítimas de violência notificadas pela 20ª Gerência Regional de Saúde de Tubarão, SC. *Revista da AMRIGS*, v. 56, p. 325, 2012.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. Anuário brasileiro de segurança pública. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

RUIZ, E.N.F. & GERHARDT, T.E. Public policies in rural areas: visibility and social participation as perspectives of supportive citizenship and health. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1191, 2012.

SANICOLA, L. As dinâmicas de rede e o trabalho social. São Paulo: Veras Editora, 292 p., 2008.

TRIERS, A.C. *et al.* Violência contra a mulher: cenário brasileiro. *CIPEEX*, v. 2, p. 1789, 2018.

80

EFEITOS ADVERSOS ASSOCIADOS AO USO DO ANTICONCEPCIONAL POR MULHERES

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas Aggeu Magalhães- FAMA, Serra Talhada, PE.

² Acadêmica do Curso de Farmácia da Faculdade de Ciências Médicas Aggeu Magalhães- FAMA, Serra Talhada, PE.

³ Orientador(a) da Liga Acadêmica em Ensino em Saúde e Pesquisa -LAESP e Professor(a) da Faculdade de Ciências Médicas Aggeu Magalhães- FAMA, Serra Talhada, PE.

AUTORES

EDISLAYNE JISELLY DE SOUZA ALVES¹

LIDIANE HILÁRIO MARTINS¹

SHIRLEY DAIANE ALVES DA SILVA¹

THALIA LIMA NOGUEIRA¹

RENATA HILÁRIO DA SILVA²

AMANDA RAQUEL NOVAES GOMES³

JANETE CLAIR DA SILVA SANTOS³

MÁRIO CÉLIO G. DA SILVA JÚNIOR³

RAUL DE SOUSA ANDREZA³

Palavras-chave: Anticoncepcionais; Efeitos Colaterais; Mulheres.

INTRODUÇÃO

Os estudos e pesquisas com enfoque na utilização de anticoncepcionais no Brasil iniciaram-se em 1950 mediante uma sociedade pós-guerra, muitas mulheres a princípio não aderiram a tal método principalmente pela falta de apoio do governo e também por causar efeitos colaterais intensos tratando-se de um medicamento ainda em desenvolvimento, sendo utilizado por apenas 23% das brasileiras na época. Atualmente o uso dos anticoncepcionais é relatado de maneira totalmente diferente, visto que é a melhor forma de contracepção reversível por apresentar uma elevada taxa de eficácia (99,7% quando utilizado corretamente) tornando-se assim bastante aceito entre as mulheres além da facilidade de acesso, pois é distribuído gratuitamente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, utilizado assim como estratégia governamental para fins de controle da natalidade (BRANDT *et al.*, 2018; BRANDT *et al.*, 2016).

O anticoncepcional corresponde à combinação hormonal de um estrogênio e um progestagênio ou em apresentações simples de progestagênio isolado, que age de forma a inibir a ovulação, impedindo o amadurecimento e saída do óvulo do ovário, e conseqüentemente não dando seqüência a próxima etapa que seria a fecundação, fisiologicamente ocorre através da supressão de

fatores relacionados à adeno-hipófise na liberação do hormônio folículo estimulante (FSH) e do hormônio luteinizante (LH). Pode ser encontrado nas mais diversas formas de administração seja oral (amplamente utilizada), intramuscular, tópica, transdérmica etc., e nas mais diferentes concentrações de hormônio (RIBEIRO *et al.*, 2017; BRANDT *et al.*, 2016).

Os motivos que levam as mulheres a recorrerem a este medicamento pode ter influência não só biológica, mas também cultural, antropológica e econômica, sendo que a escolha do método contraceptivo hormonal adequado a cada pessoa deve ser feita avaliando diversos fatores e condicionantes como idade, número de filhos, condições fisiológicas, contexto social, capacidade de tolerância e etc., por representar uma substância que reage de forma subjetiva em cada organismo. O anticoncepcional oral (ACO) é o que apresenta maior adesão entre as mulheres pela sua praticidade e elevado nível de segurança, em países subdesenvolvidos pelo menos 75% da população feminina, em união estável ou não, faz uso de tal método. Essa escolha se dá conjuntamente pelos diversos benefícios promovidos pelos fármacos: redução no risco de cistos ovarianos, câncer ovariano e endometrial, menor incidência de doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, melhora dos sintomas pré-menstruais e também diminuição do fluxo no ciclo menstrual. Entrando em divergência com o que ocorre em outros países como a África, em que os injetáveis são os mais utilizados por não causar desconforto gastrointestinal e não ter o efeito de primeira passagem no fígado para ser metabolizado, visto que é introduzido diretamente na corrente sanguínea (FERREIRA *et al.*, 2019; FARIAS *et al.*, 2017).

Contudo, é importante ressaltar a importância de ambos no processo de planejamento familiar para a concepção de forma consciente e planejada, evitando consequentemente uma gravidez indesejada e aborto induzido, que levam a frustração, rejeição por parte da família, depressão etc. Diante disso, encontra-se em vigência a lei de Planejamento Familiar respaldada no art.226 da Constituição Federal que dispõe da oferta dos mais diversos contraceptivos, que devem ser utilizados com base em orientações médicas e de acordo com a necessidade individual de cada mulher (FARIAS *et al.*, 2017; BRASIL, 2015).

Apesar de ser benéfico em situações específicas, a não adaptação aliada ao uso descontrolado e sem supervisão deste medicamento pode induzir ao surgimento de efeitos colaterais sendo os mais comuns: dor de cabeça, náuseas, vômito, tontura, ganho de peso e alterações na libido sexual. Já foi confirmada também a associação desse medicamento com condições clínicas mais graves como aumento da pressão arterial, desenvolvimento de diabetes mellitus II, doenças cardiovasculares e trombose venosa em que se deve atribuir atenção especial ao último, pois os anticoncepcionais apresentam em sua formulação hormônios sintéticos que podem afetar a coagulação sanguínea e levar consequentemente a formação de trombos.

O objetivo deste estudo foi evidenciar a utilização de anticoncepcionais e associar seus efeitos adversos.

MÉTODO

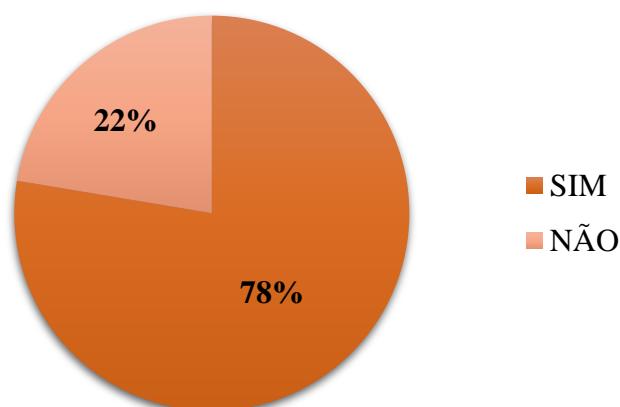
Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa e quanto ao desenvolvimento no tempo é um estudo transversal. A coleta de dados se baseou na aplicação de um questionário por meio da ferramenta Google Forms[®], que ficou disponível por um período de 10 dias. Todos os participantes responderam a um quesito específico do formulário digital para permitir a utilização de suas respostas, utilizado assim como Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, cumprindo o disposto na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) baseando-se também na Resolução nº 510/16 que respalda os projetos com formulário eletrônico (BRASIL, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período em que o formulário ficou disponível, foram alcançadas digitalmente 152 participantes do sexo feminino, sendo que todas consentiram com a utilização dos dados e responderam corretamente todos os quesitos, predominantemente entre 19 e 30 anos (67,1%) das mais diferentes regiões do Brasil como Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Paraíba e Rio de Janeiro. Destas, 78% apontaram já ter utilizado ou ainda fazer uso de anticoncepcionais (Gráfico 1), comprovando assim a ampla utilização deste medicamento entre as mulheres e 22% negaram a utilização.

Gráfico 1. Frequência das participantes sobre uso de anticoncepcionais



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Tendo em base os dados gerados pelas participantes que afirmaram fazer uso (78%), a concepção indesejada foi apontada como a principal causa para utilização do fármaco com um percentual de 59,60%. Na pesquisa de Cabral *et al.* (2018), 90 das mulheres que utilizam anticoncepcionais relataram que o principal motivo para uso é evitar gravidez. Um estudo redigido por Stecker *et al.* (2016) também expressou a majoritária utilização dos anticoncepcionais para tal finalidade. Este estudo expôs outras utilidades do contraceptivo hormonal com fins terapêuticos, citadas pelas participantes como dismenorreia, regulação do ciclo menstrual, tensão pré-menstrual (TPM) e síndrome do ovário policístico (SOP), bastante semelhante as respostas das mulheres da presente pesquisa como observa-se na Tabela 1.

Tabela 1. Principais motivos para uso do contraceptivo hormonal

Finalidade	N*	%
Evitar gravidez	79	59,60
Tratamento dermatológico (pele)	09	7,15
Regular ciclo menstrual	13	13,40
Tratamento de patologias	25	19,85
Total	126	100

Legenda: N* mais de uma resposta por participante. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2020.

A regularização do ciclo menstrual por meio dos anticoncepcionais é uma prática bastante comum pela frequente alteração na adolescência e seu uso é indicado para jovens que apresentam manifestações hiperandrogênicas, como acne. Contudo, algumas reações adversas podem se desenvolver como sangramento uterino disfuncional, hipermenorreia e oligomenorreia (ALMEIDA & ASSIS, 2017). Esse hiperandrogenismo também está diretamente associado a outras condições clínicas como a SOP, patologia caracterizada pela irregularidade menstrual, anovulação e ovários policísticos, que afeta muitas mulheres que estão em geral em seu período fértil, como plano terapêutico, juntamente com os antiandrogênicos, os anticoncepcionais são considerados escolhas de primeira ordem para serem utilizados no tratamento do hirsutismo que geralmente está relacionado à SOP, principalmente pela vantagem que este possui de tratar distúrbios menstruais e desordens metabólicas (FILHO *et al.*, 2016).

Hoje em dia, predominantemente entre a população jovem, tem-se adotado este fármaco para tratamento dermatológico visando melhorar esteticamente a pele e mantê-la saudável, isso está diretamente associado ao poder antiandrogênico de alguns anticoncepcionais dado pelo progestógeno, sendo que, quanto maior sua concentração maior será seu efeito. A ciproterona é o progestógeno com maior potencial antiandrogênico e é encontrado em ACOs como Selene, Diane 35 e Diclin, que fazem parte da terceira geração e mais utilizada desse medicamento corroborando assim com os nossos dados, onde foi possível notar uma alta utilização desses ACOs para uso dermatológico (BRANDT *et al.*, 2018).

A via de administração oral foi prevalente (91,5%), em que apenas 8,5% relataram utilizar por via intramuscular. Esta escolha deve-se a praticidade de ingestão e modalidade indolor dessa via, contudo, por apresentar um metabolismo de primeira passagem em que a absorção ocorre no intestino e a metabolização no fígado, podem ocorrer interações medicamentosas visto que outros fármacos também são metabolizados, reduzindo conseqüentemente sua absorção como, por exemplo, os antibióticos, que representam a classe que mais manifesta interação com os ACO já tendo sido relatado um caso em que uma paciente utilizou simultaneamente com Rifampicina (usado no tratamento de tuberculose) e que resultou na perda parcial de sua eficácia e uma gestação (BRANDT *et al.*, 2018). Um estudo por Siqueira *et al.* (2017) também apontou que 86,4% das usuárias utilizam o ACO como principal forma contraceptiva, seguido pela modalidade injetável (5,7%). Além disso, os antirretrovirais também exercem influência sobre o funcionamento correto dos anticoncepcionais diminuindo os níveis dos hormônios estrogênicos e seu efeito contraceptivo (BRASIL, 2010). Em sua pesquisa Souza *et al.* (2016) publicou valores próximos no que diz respeito ao uso de anticoncepcionais injetáveis, sendo utilizado por 8,75% das mulheres. Esse método,

apesar de não ser muito difundido, por conter em sua formulação estrogênio natural, diferentemente dos ACOs combinados, infere maior segurança e confiabilidade no uso.

Com relação à indicação de uso, 74,6% afirmaram ser por orientação médica, 14,4% por conta própria, 5,1% pelo farmacêutico, 3,4% por parentes e amigos e 2,5% pelo balconista de farmácia. Esse resultado entra em concordância com os dados levantados por Steckert *et al.* (2016), em que 80,13% das participantes relataram fazer uso por indicação de um profissional da saúde. Farias *et al.* (2016) em sua pesquisa obteve dados também semelhantes, em que as 90,4% das usuárias de ACO responderam recorrer a indicação médica ao fazer uso. Segundo Leite (2003), a maioria das mulheres utilizavam anticoncepcionais sem prescrição e, conseqüentemente, sem aconselhamento médico, com base nos dados levantados nesta pesquisa podemos observar a significativa evolução com relação ao uso consciente desse medicamento com o passar do tempo.

Os anticoncepcionais mais citados e relevantes encontram-se na Tabela 2 e seus valores expressam a ampla aderência pelo Ciclo 21 que é composto em sua formulação pela combinação do componente estrogênico etinilestradiol (EE) e o componente progestogênico levonorgestrel, contendo uma dosagem baixa de EE (0,03 mg) e que deve ser levada com consideração pois tais hormônios atuam diretamente sobre a intensidade dos efeitos adversos. Seguido pelo Selene, composto por EE e acetato de ciproterona já citado anteriormente pelo seu potencial antiandrogênico, essas formulações podem ocasionar náusea, vômito, aumento de peso, cefaleia e alteração do humor (FARIAS *et al.*, 2016). Além disso, Souza *et al.* (2018) em sua pesquisa expôs os ACO mais utilizados no Brasil e o Ciclo 21, Selene, Tâmisa e Microvlar estavam entre eles, confirmando o extenso uso desses medicamentos entre as mulheres brasileiras.

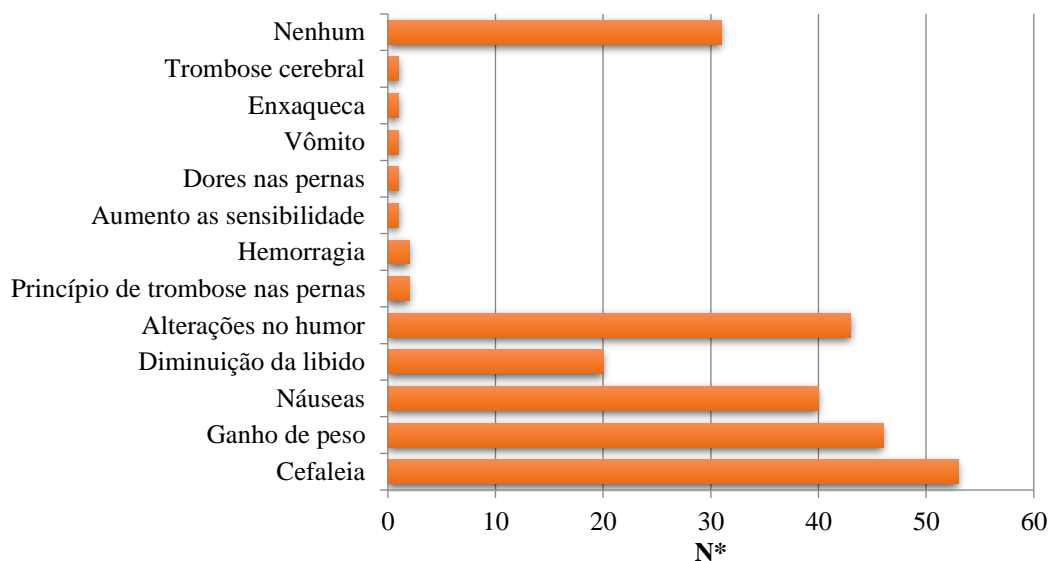
Tabela 2. Principais anticoncepcionais citados pelas participantes

Anticoncepcional	N*	%
Ciclo 21	32	21,05
Selene	31	20
Tâmisa 20	07	4,6
Molièri	06	4
Microvlar	03	2

Legenda: N* - mais de uma resposta por participante. **Fonte:** dados da pesquisa, 2020.

Tendo em vista esses dados, 70,3% das mulheres relataram já ter apresentado algum efeito adverso decorrente do uso de anticoncepcionais e apenas 29,7% responderam que não. Resultados semelhantes foram encontrados por Siqueira *et al.* (2017), onde 68,7% das usuárias de ACO relataram serem ou terem sido em algum momento acometidas por alguma reação adversa, como dor de cabeça (n=57), enjoo (n=38), alteração de humor (n=37), ganho de peso (n=34), sendo que estes resultados foram similares aos da presente pesquisa, como pode ser observado mais à frente. Dados divergentes foram encontrados em uma pesquisa redigida por Cabral *et al.* (2018) em que 61% das participantes entrevistadas disseram não ter apresentado nenhum efeito colateral, enquanto que 7% relataram apresentar pelo menos um e 32% manifestaram mais de um. Também foi abordado no questionário sobre quais eram especificamente esses efeitos e dentre eles a cefaleia (44,9%), seguido por ganho de peso (38,9%), náuseas (33,9%), alterações no humor (36,4%), diminuição da libido (16,9%) como expressos no Gráfico 2.

Gráfico 2. Efeitos colaterais referidos pelas participantes



Legenda: N* - mais de uma resposta por participante. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2020.

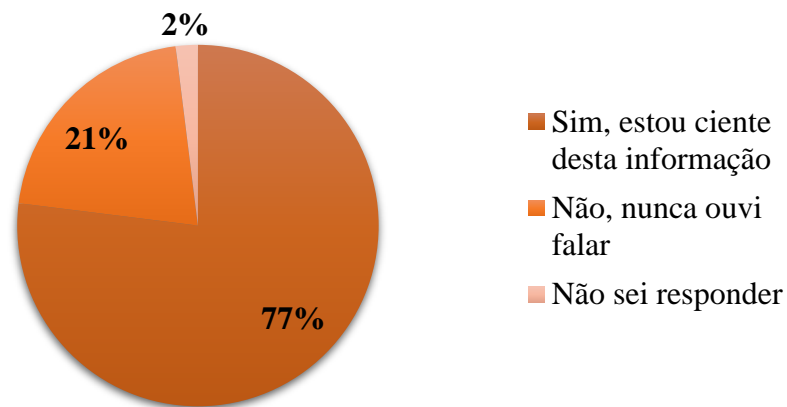
Com relação ao ganho de peso tido como fator adverso associado ao uso da pílula, este ocorre por meio das alterações metabólicas pelas vias proteicas, em que os androgênios livres aumentam a retenção de nitrogênio, a massa corporal magra e a massa óssea (FERREIRA *et al.*, 2019). Outros efeitos foram citados, porém com uma pequena frequência como: hemorragia, aumento da sensibilidade, dores nas pernas, vômito e enxaqueca, além disso, 31 das participantes afirmaram não ter tido nenhum deles. Steckert *et al.* (2016) em seu estudo indagou também sobre a presença de efeitos colaterais e 25,16% das participantes afirmaram apresentar algum tipo, em que foram citados o ganho de peso (37,14%) como principal, seguido por cefaleia (14,28%) e enjoo (8,57%). Souza *et al.* (2016) levantou dados extremamente importantes, em que 66,25% das mulheres relatou não saber das reações adversas dos ACO, tornando visível a desinformação por parte de muitas usuárias desse fármaco e que consequentemente leva a descontinuidade e queda na efetividade.

As dosagens de EE presentes em cada anticoncepcional relacionam-se diretamente com a intensidade e presença de efeitos colaterais. Uma pesquisa realizada com estudantes de medicina de uma instituição privada por Cabral *et al.* (2018) mostrou que concentrações menores que 20 mcg não promoviam a manifestação de qualquer efeito secundário, enquanto que concentrações acima deste valor como 30 mcg apresentaram principalmente retenção de líquidos (13%) e ganho de peso (13%), enquanto que a dosagem de 35 mcg desencadeou diminuição da libido (11%) e retenção hídrica (11%) não sendo identificada a perda de peso, percebe-se assim a variação dos efeitos em decorrência da concentração de estrogênio EE. Há evidências literárias também da associação na influência da quantidade de estrogênio sobre a pressão arterial (PA), em que a presença do estrogênio exógeno na circulação sanguínea, independentemente da concentração, ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e causa retenção de água e sódio consequentemente causando efeitos hipertensores, esse risco é maior em pílulas que contém estrogênio em doses iguais ou maiores que 50 mcg e também em mulheres fumantes (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Algumas participantes se referiam a início de trombose nas pernas e até mesmo trombose cerebral, que representa uma das complicações mais agravantes causadas pelo uso de anticoncepcionais principalmente entre as mulheres que apresentam fatores de risco como histórico de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, tema que será abordado posteriormente no quesito em que as participantes foram indagadas sobre essa possibilidade e seu conhecimento a respeito disto.

Por fim, dados foram levantados acerca do conhecimento por parte das mulheres sobre o possível desenvolvimento de patologias como trombose venosa, acidente vascular cerebral e infarto decorrente da utilização de anticoncepcionais, em que 77% delas responderam estar cientes de tal informação, enquanto que 21% disseram não saber de tal fato e apenas 2% não soube responder, como representado no Gráfico 3.

Gráfico 3. Efeitos colaterais referidos pelas participantes



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A trombose venosa profunda (TVP) ocorre pela oclusão de um vaso em função de alterações dos processos hemostáticos fisiológicos, que resultam na formação de trombos acometendo diversas partes do corpo, principalmente os membros inferiores. Os anticoncepcionais se associam a tal processo pela atuação do hormônio EE, um componente estrogênico que é capaz de ocasionar alterações patológicas na coagulação sanguínea facilitando a ocorrência da TVP, especificamente pelas alterações da hipercoagulabilidade descritas pela tríade de Virchow provocadas pelo EE quando se encontra na circulação sanguínea, culminando em aumento da geração de trombina e dos fatores de coagulação e diminuição dos anticoagulantes naturais (REIS *et al.*, 2018), e como já foi apontado anteriormente algumas participantes apontaram o início ou ocorrência de tal processo patológico.

Essa combinação dos hormônios sintéticos progestagênicos e estrogênicos causa aumento da pressão arterial e conseqüentemente associa-se a eventos cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. O uso de cigarros também aumenta relativamente às chances de ocorrência de problemas cardíacos, sendo por isso contraindicado o uso de ACO a fumantes, bem como a mulheres que já apresentaram algum a situação de tromboembolismo, câncer de mama, qualquer disfunção hepática, hiperlipidemia congênita e idade acima dos 35 anos (SIQUEIRA *et al.*, 2017). Além destes, outras complicações podem colocar em risco a saúde da

mulher como o uso precoce dos anticoncepcionais, pois o trato genital feminino ainda não se desenvolveu completamente, fato que deve ser levado em consideração para o desenvolvimento de câncer de colo de útero, bem como o uso prolongado deste método contraceptivo (ALMEIDA & ASSIS, 2017).

CONCLUSÃO

Mediante a todos os dados expostos e analisados, confirmamos a elevada aderência das mulheres pela utilização do método contraceptivo hormonal reversível, de forma expressiva pelos ACOs utilizados para as mais diversas finalidades, mas principalmente evitar gravidez, sendo que o amplo acesso a esse medicamento é facilitado por sua distribuição pelo SUS, em que é oferecido o fármaco de nome comercial Ciclo 21, frequentemente citado nesta pesquisa pelas participantes.

Muitas das mulheres que utilizam ou já utilizaram anticoncepcional relataram apresentar algum efeito adverso, de forma relevante encontram-se: dor de cabeça, ganho de peso, alteração no humor e diminuição da libido. Uma parcela afirmou não saber da associação do medicamento com patologias graves como acidente vascular cerebral, TVP e infarto agudo do miocárdio, sendo importante alertar que este método contraceptivo, apesar de benéfico, atua de forma diferente para cada organismo e pode desencadear efeitos colaterais. Portanto, a orientação médica é essencial para escolha correta e adequada tanto do método contraceptivo quanto do tipo específico de anticoncepcional, assim como ter conhecimento dos efeitos e possíveis reações adversas do que se está utilizando tendo como objetivo evitar a descontinuidade do fármaco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A.P.F. & ASSIS, M.M. efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde*, v. 5, p. 85, 2017.
- BRANDT, G.P. *et al.* Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. *Revista Gestão & Saúde*, v. 18, p. 54, 2018.
- BRANDT, G.P. *et al.* Conhecimento de usuárias de anticoncepcionais orais acerca de hábitos e interações medicamentosas em uma unidade básica de saúde. *Visão Acadêmica*, v.17, p. 13, 2016.
- BRASIL, [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2015]. Disponível em: http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_07.05.2015/art_226_.asp. Acesso em 5 de novembro de 2020.
- BRASIL, Resolução n ° 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. 16 out.2016. Acesso em: 8 de julho de 2020.
- BRASIL, Resolução n ° 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 de maio 2016. Acesso em: 8 de julho de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e reprodutiva. *CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica*, n. 26. Brasília: Ed. 1, 2010.
- CABRAL, N.M.M.D. *et al.* Prevalência dos efeitos colaterais pelo uso de anticoncepcionais orais em estudantes de medicina de uma instituição privada. *An Fac Med*, v. 2, p. 28, 2018.
- FARIAS, A.G.S. *et al.* Satisfação de usuárias de anticoncepcionais injetáveis combinados e exclusivos de progestágeno e fatores associados. *Revista Rene*, v. 18, p. 345, 2017.
- FARIAS, M.R. *et al.* Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Revista Saúde Pública*, v. 50, p. 1, 2016.
- FERREIRA, L.R. *et al.* O uso da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas. *FEMINA*, v. 47, p. 426, 2019.
- FILHO, R.D.C. *et al.* O emprego da metformina e de anticoncepcionais orais como forma de tratamento para a síndrome do ovário policístico. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 7, p. 66, 2016.
- LEITE, I.C. Descontinuação de métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil, 1986-1991. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, p. 1005, 2003.
- REIS, A.L.O. *et al.* Utilização de contraceptivos orais contendo etinilestradiol e a ocorrência de trombose venosa profunda em membros inferiores. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 23, p. 120, 2018.
- RIBEIRO, C.C.M. *et al.* Efeitos dos diferentes anticoncepcionais hormonais nos valores de pressão arterial da mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p.37, 2018.
- SIQUEIRA, T.C. *et al.* Reações adversas em usuárias de anticoncepcionais orais. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. 14, p. 56, 2017.
- SOUZA, G.G. *et al.* Conhecimento e uso de anticoncepcionais hormonais: o que é certo ou errado? *Temas em saúde*, v. 16, p. 198, 2016.
- SOUZA, I.C.A. *et al.* A trombose venosa profunda como reação adversa do uso contínuo de anticoncepcionais orais. *Revista Científica Sena Aires*, v. 7, p. 54, 2018.
- STECKERT, A.P.P. *et al.* Contraceptivos hormonais orais: utilização e fatores de risco em universitárias. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 45, p. 78, 2016.

81

ALTERAÇÕES SEMIOLÓGICAS DA HEPATITE B NA GESTANTE NO ESTADO DE GOIÁS

FILIAÇÃO

¹ Discente de Medicina, Universidade de Rio Verde, Goianésia/GO.

² Docente de Medicina, Universidade de Rio Verde, Goianésia/GO.

AUTORES

MATHEUS NERES BATISTA¹

JOEL ALVES DE SOUSA JÚNIOR¹

LANNA DO CARMO CARVALHO¹

TÁBATA TOSATTI¹

JHEMILY LOPES LIMA VILAÇA¹

EVILANNA LIMA ARRUDA²

Palavras-chave: Semiologia; Hepatite B; Gestante.

INTRODUÇÃO

A hepatite B é causada por um hepa DNA vírus ou partículas de Dane (HBV). Este vírus possui três antígenos: o antígeno HBsAg, que está localizado na superfície, o HBcAg no interior e o terceiro antígeno, conhecido como HBeAg, também está localizado no “interior” do vírus e, pela sua determinação, indica uma intensa replicação viral, sendo assim caracterizada a infecção aguda (BEFELER & DI BISCEGLIE, 2000).

A transmissão da Hepatite B (HB) ocorre principalmente através de exposição percutânea ou de mucosas a sangue ou fluidos corpóreos contaminados com o vírus. As formas de contágio mais importantes são através das vias vertical, sexual e por inoculação percutânea (ALTER, 2003; BROOK, 2002). A HB foi detectada em vários fluidos corporais, mas, somente no soro, saliva e no sêmen é que foi provada sua infectividade (ALTER *et al.*, 1977).

Os indivíduos mais susceptíveis para serem acometidos são aqueles com múltiplos parceiros sexuais, os que usam drogas injetáveis e aqueles cujos parceiros sexuais têm contato com grupos de risco (SCHREIBER *et al.*, 1996; ALTER *et al.*, 1990).

A assistência Pré-Natal (PN) compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e do concepto, assegurando assim a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes. Também deve incluir orientações sobre hábitos saudáveis de vida e as modificações resultantes da gravidez, bem como o preparo da gestante para o parto e puerpério (GRANGEIRO *et al.*, 2008)

O presente estudo teve como objetivo estimar a incidência e prevalência do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) entre as gestantes do estado de Goiás no período de 2007-2019 e estudar os cuidados prestados no pré natal imediato de mães portadoras deste antígeno.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa. Foi realizado o levantamento bibliográfico por meio das seguintes bases de dados: Boletim Informativo e Situação Epidemiológica das hepatites em Goiás e pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS, por meio do (SINAN) e dados consolidados da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Após a sequência, foi utilizado o filtro para período de 2014 a 2018, juntamente com o filtro que seleciona casos confirmados da doença hepatite viral no estado de Goiás, por sexo.

Os dados foram coletados a partir do SINAN, por meio do DATASUS, atualizado em 16/10/2020 e disponibilizado no TABNET em 10/2020. A população de estudo foi constituída por 210 mulheres acometidas por HB no período de 2014 a 2018. Os dados não especificaram as gestantes, destarte, foi utilizado apenas o filtro que separa os casos por sexo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

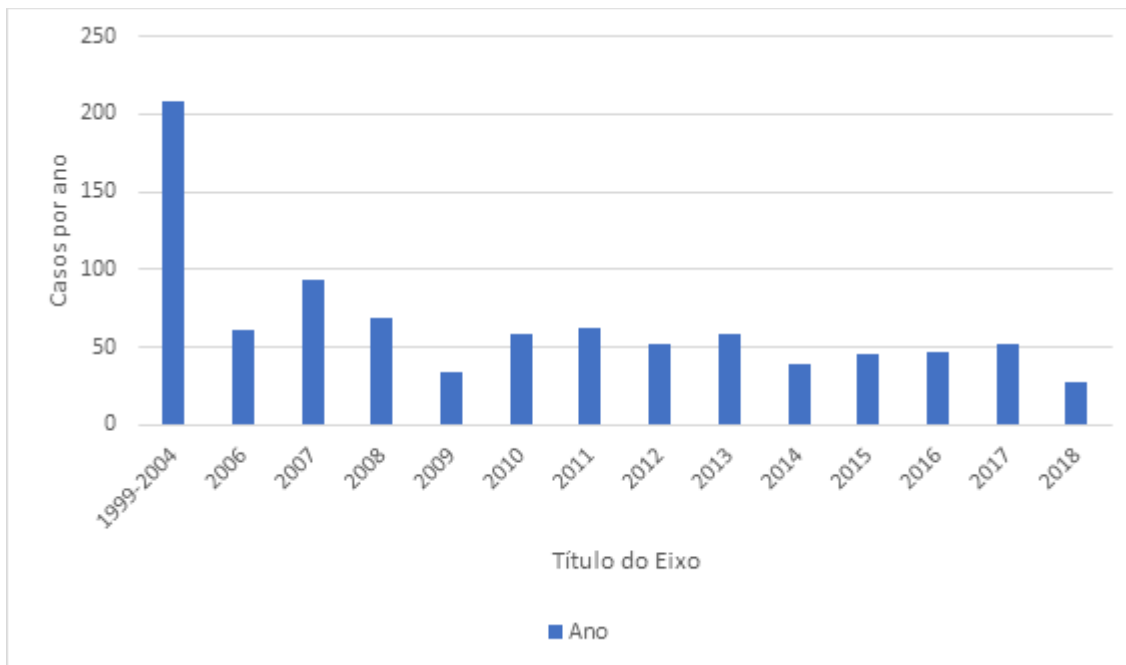
As taxas de detecção de HB no Brasil apresentam poucas variações nos últimos dez anos. Foram notificados, no total, 46,75% de casos confirmados de hepatite na mulher no período de 2014 a 2018 no estado de Goiás (Figura 2). Nas gestantes diagnosticadas no 1º e 2º trimestres de gravidez, em 5 a 10% das vezes transmitem a infecção ao filho. No 3º trimestre ou para portadoras crônicas, a probabilidade de comprometimento do recém-nascido é da ordem de 60%. Dos 217 casos em 2014, 18% foram de mulheres, vítimas de HB. Dos 181 casos em 2015, 25% foram de mulheres, vítimas de HB. Dos 290 casos em 2016, 16,2% foram de mulheres, vítimas de HB. Dos 306 casos em 2017, 17% foram de mulheres, vítimas de HB. Dos 174 casos em 2018, 15,5% foram de mulheres, vítimas de HB. Em suma, percebe-se o valor notório de casos da doença no sexo feminino no estado de Goiás (BRASIL, 2001).

Encontra-se, na literatura, variedade na taxa de prevalência do HBsAg em gestantes atendidas nos serviços de saúde. A endemicidade do vírus da HB é de 0,5% em dois hospitais públicos de Goiânia (Figura 1). Por volta de 10% a 20% das mulheres que são soropositivas para o HBsAg podem transmitir aos seus fetos o HBV e, entre as pacientes que são positivas para o HBsAg e HBeAg, a perspectiva de transmissão atinge os 90%. Visto isso, é de suma importância a realização do rastreio sorológico desse grupo populacional durante o pré-natal (ESTEVES *et al.*, 2019)

É indicado que todo o recém-nascido (RN) cuja mãe é HbsAg positiva ou cuja imunologia for desconhecida na ocasião do parto receba a primeira dose da vacina e uma dose de imunoglobulina contra o HBV dentro das primeiras 12 horas do pós-parto. A administração deve ser feita por via intramuscular em dois locais separados. Durante os próximos seis meses as duas outras doses da vacina devem ser administradas. Não é contraindicada a amamentação para mulheres HBsAg positivas. A relação da HB com a forma de transmissão no intraparto é alta, acontecendo a passagem do vírus para o recém-nascido em 85% a 95% das vezes durante o trabalho de parto devido à exposição do feto ao sangue e secreções maternas, instituindo como necessária a

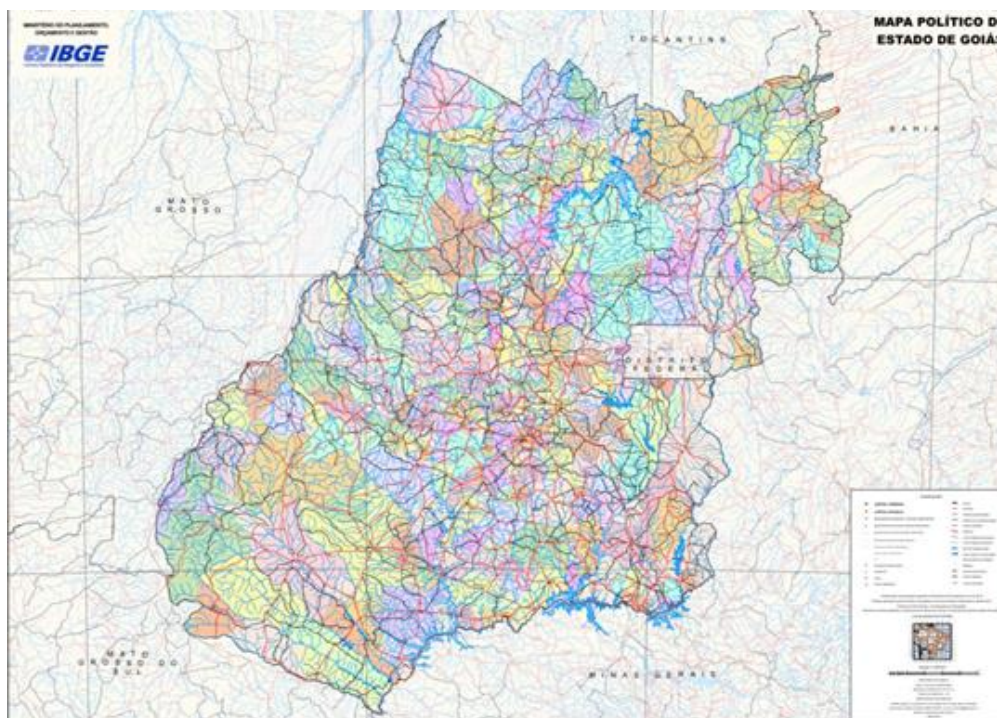
realização do parto cesáreo quando a infecção não é identificada e tratada durante a gestação. (ESTEVEZ *et al.*, 2019)

Figura 1. Casos de Hepatite B nas mulheres em Goiânia entre 1999 e 2018



Fonte: DATASUS, 2018.

Figura 2. Mapa político do Estado de Goiás



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009.

Estatísticas de outros países

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), estima-se que aproximadamente dois bilhões de pessoas no mundo já foram infectadas pela HB e, destas, 400 milhões permanecem cronicamente infectados.

Os níveis de HB oscilam amplamente entre as regiões da OMS, com a região africana e a região do Pacífico Ocidental com as maiores cargas:

- Região do Pacífico Ocidental: 6,2% da população (115 milhões);
- Região Africana: 6,1% da população (60 milhões);
- Região do Mediterrâneo Oriental: 3,3% da população (21 milhões);
- Região Sudeste Asiático: 2% da população (39 milhões);
- Região Europeia: 1,6% da população (15 milhões);
- Região das Américas: 0,7% da população (7 milhões).

CONCLUSÃO

Apesar da pouca variação das taxas de detecção da HB em mulheres, foram notificados aproximadamente 50% de casos desta do total de hepatites em um período de quatro anos no estado de Goiás. Além do mais, notou-se uma significativa importância de casos em que gestantes transmitem a infecção ao feto, sendo extremamente prejudicial à criança quando ocorre nos últimos três meses da gestação, chegando a 60% de chances de comprometimento da criança.

Com os números elevados de casos de mulheres com HB no estado de Goiás, é importante que campanhas de prevenção sejam empregadas, com o objetivo de informar, principalmente essa população, sobre os riscos da HB durante a gestação e suas formas de transmissão – parenteral e sexual – e como evitar o contágio da doença, além de informar sobre a vacinação, que tem sido de extrema importância no combate ao HBV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTER, H.J. *et al.* Transmission of hepatitis B to chimpanzees by hepatitis B surface antigen positive saliva and semen. *Infection and Immunity*, v. 16, p. 928, 1977.

ALTER, M.J. Epidemiology and prevention of hepatitis B. *Seminars in Liver Disease*, v. 23, p. 39, 2003.
BROOK, M. Gary. Sexually acquired hepatitis. *Sexually Transmitted Infections*, v. 78, n. 4, p. 235–240, 2002. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12181458/>>. Acesso em: 1 nov. 2020.

DATASUS. TabNet Win32 3.0: MENINGITE - Casos confirmados Notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Goiás. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/meninGO.def>>. Acesso em: 30 out. 2020.

ESTEVES, A.P. *et al.* Hepatite B na gestação e os cuidados prestados aos recém-nascidos *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis*, v. 3, p. 79, 2019.

GRANGEIRO, G.R. *et al.* Prenatal care in Quixadá-CE according to SISPRENATAL's process indicators. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, p. 105, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 28 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Hepatitis B. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>>. Acesso em: 28 out. 2020.

SCHREIBER, G.B. *et al.* The risk of transfusion-transmitted viral infections. *New England Journal of Medicine*, v. 334, p. 1685, 1996.

82

LINHA DE CUIDADO NO CÂNCER DE MAMA

FILIAÇÃO

¹ Universidade Municipal de São Caetano do Sul, campus Bela Vista (USCS-BV).

AUTORES

MICHELLE KAORI MENEZES FUKUDA¹
MAURÍCIO PAULO ÂNGELO MIELI¹

Palavras-chave: Neoplasia de mama; Sistema Único de Saúde; Cuidado.

INTRODUÇÃO

A neoplasia da mama é uma patologia que tem causas multifatoriais, sendo diretamente influenciada pelo fator genético. O câncer de mama é a patologia com maiores índices de mortalidade na população feminina. Diante desse contexto, é importante que a o Sistema Único de Saúde consiga fornecer uma linha de cuidado integral para essas pacientes, desde a linha primária de atendimento como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), até no nível terciário envolvendo centros de atendimento de maior complexidade como as a Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) para tratamento oncológico especializado.

O objetivo deste estudo é salientar a importância da linha de cuidado para pacientes com câncer de mama na realidade promovida pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, mostrando a importância da boa articulação e resolução da rede, a fim de promover encaminhamentos corretos e no tempo oportuno obtendo-se o atendimento da forma mais rápida possível.

MÉTODO

Procedeu-se à revisão de literatura sobre a linha de cuidado para pacientes portadoras de neoplasias mamárias no Sistema Único de Saúde. A grande maioria destas neoplasias ocorrem em mulheres, no Brasil. Assim, este trabalho terá como foco a população feminina.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A neoplasia no Brasil é apontada como um problema de saúde pública desde 1919, permanecendo até meados do século XX. Somente a partir de 1975, devido à criação dos sistemas de informação, foi possível observar a prevalência de patologia mamária, fato que pode ter contribuído para chamar a atenção, e assim colocá-la como uma das prioridades nas políticas de

saúde públicas em 1984. Atualmente, é tido como agravo de importantíssima prioridade na política de saúde e recebe investimentos em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do país. (DE PAULA & FIGUEIREDO, 2016).

De acordo com recentes estatísticas mundiais do Globocan (2018), foram registrados cerca de 2,1 milhões casos novos de câncer de mama e 627 mil óbitos pela doença. Assim, é possível apontar o câncer como problema de saúde pública global, estando entre as quatro principais causas de mortes prematuras, antes dos 70 anos, em grande parte dos países. A incidência e mortalidade têm aumentado consideravelmente no mundo, sendo diretamente influenciadas pelas mudanças devido ao envelhecimento e crescimento populacional. A distribuição e prevalência dos fatores de risco também estão relacionadas com a questão socioeconômica (BRAY, 2018).

Na população feminina, os principais tipos de câncer prevalentes e incidentes, sem considerar os tumores de pele não melanoma, são: câncer de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%). As doenças mamárias apresentam as maiores taxas ajustadas em todas as regiões geográficas do Brasil e sua magnitude é de duas a três vezes maior que a segunda causa mais frequente, exceto na região Norte onde as taxas para câncer de mama e colo do útero estão muito próximas. Um importante destaque é a distribuição geográfica, revelando que a região Sudeste concentra a grande maioria dos casos, mais de 60%, seguida pelas regiões Nordeste (27,8%) e Sul (23,4%) (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2020).

A patologia mamária depende de vários fatores para se manifestar, incluindo questões biológicas, ambientais. É preciso dar atenção especial para a idade, aspectos endócrinos e genéticos. O aumento do risco está associado à história de menarca precoce (menor do que 12 anos), menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gestação depois dos 30 anos, nuliparidade e as terapias de reposição hormonal nos casos de pós-menopausa, principalmente aquelas que acabam ultrapassando cinco anos.

Grande parte dos tumores mamários acabam sendo detectados pelas próprias pacientes por meio do autoexame, mostrando a importância dessa prática. Todavia, ainda não há um consenso acerca da recomendação do autoexame de mama, devido não contribuir efetivamente para a redução da mortalidade por essa patologia, visto que muitas vezes são detectados nos casos mais avançados. Outro problema que pode acabar sendo advindo dessa prática é justamente o aumento do número de biópsias desnecessárias.

Diante de todo esse contexto, é possível observar que a RAS é extremamente importante na garantia do direito de acesso universal de todos os cidadãos sem restrições, na promoção de ações da saúde com equidade e base na individualidade de cada um, no afã de conseguir ofertar a atenção integral. A RAS necessita ser eficaz e articulada para o atendimento de mulheres com câncer de mama. As UBS atuam como porta de entrada da usuária no sistema de saúde, sendo fundamentais, pois estão inseridas no contexto e realidade vividos pelas pacientes.

A linha de cuidado ofertado pelo Sistema Único de Saúde atua tendo como estratégia a garantia do atendimento e foco na organização do fluxo dos indivíduos, de acordo com as necessidades individuais. Deste modo, toda a linha de cuidado ofertada para as pacientes começa na Atenção Básica (AB) por meio das UBS, responsáveis pelo rastreamento da patologia, detectando o mais rápido possível para uma maior eficácia no tratamento. Além disso, a AB é responsável pelos encaminhamentos para níveis secundários de atendimento para confirmação diagnóstica e início do tratamento.

O exame clínico das mamas feito por um profissional de saúde é extremamente importante para a propedêutica do diagnóstico do câncer de mama. Quando associado com outros métodos propedêuticos aumenta muito a especificidade e a sensibilidade do diagnóstico. Esse acaba sendo a grande diferencial da AB, devido a atuar como porta de entrada para o atendimento.

As diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de mama, de acordo com o Ministério da Saúde (2015), preconizam a oferta de mamografia para mulheres entre 50-69 anos, a cada dois anos. Assim, as mulheres devem ser orientadas sobre os riscos e benefícios que o rastreamento mamográfico pode trazer como exame de rotina. A razão entre o número de mamografias, como rastreamento em mulheres da população-alvo, e o total de mulheres na faixa etária atua como bom indicador e auxilia a avaliar o acesso da população no que diz respeito ao rastreamento. O importante é que toda lesão ou suspeita identificada em mamografia de rotina ou percebidas por algum médico necessitam de investigação para afastar qualquer malignidade (INCA, 2019). A FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - E A SBM – Sociedade Brasileira de Mastologia – falam em rastreamento a partir dos 40 anos e anual.

Nos últimos anos, a estruturação e organização das ações voltadas para o controle desse tipo de câncer têm sido aprimoradas devido à implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), ao aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde e devido às publicações de documentos especiais pelo Instituto Nacional do Câncer. É de extrema importância o processo de detecção precoce e rastreamento principalmente nas áreas de elevada ocorrência da doença.

O tratamento de câncer de mama no Sistema Único de Saúde é regulamentado pelo Ministério da Saúde, tendo com base nas diretrizes preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, sendo possível destacar a criação, em 16 de maio de 2013, da Portaria GM/GM nº 874, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), dentro do contexto da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas dentro do SUS. Esta política é extremamente importante pois estabelece os princípios e diretrizes do cuidado integral do indivíduo com neoplasia, ofertando atenção especializada composta por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência em oncologia.

Importante destacar que o cuidado integral que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde envolvendo ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos que devem ser fornecidos de acordo com a necessidade e no tempo certo (INCA, 2019). A atenção especializada é ofertada pelos hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde como sendo Unidade ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON ou CACON). De acordo com a portaria SAS/MS nº140 de 2014, ambas devem dispor de tratamento para câncer de mama, com exceção das primeiras que são exclusivas para atendimento pediátrico e hematológico.

Importante ressaltar que o tratamento ofertado dentro da rede do SUS é composto pela cirurgia, radioterapia e oncologia clínica (quimioterapia e hormonioterapia), sendo esta e a primeira citadas como obrigatórias nos níveis de atendimento de alta complexidade em oncologia. Enquanto a radioterapia é obrigatória nos CACON e opcional nas UNACON, que devem fazer o referenciamento e encaminhamento formal quando não dispuserem dessa modalidade terapêutica. Os cuidados paliativos podem ser ofertados dentro das próprias estruturas desses locais, ou podem ser oferecidos, de forma integrada, a outros componentes da RAS, como hospitais regionais,

policlínicas e centros de saúde. A cirurgia plástica reconstrutiva de mama é item essencial devendo, obrigatoriamente, estar presente no CACON e, facultativamente, na UNACON (INCA, 2019).

CONCLUSÃO

A linha de cuidado para as neoplasias de mama, dentro do Sistema Único de Saúde, é de extrema importância. A coesão de cada componente da rede pública promoverá resolutividade adequada para o tratamento. Cada nível de atenção necessita funcionar de forma articulada, agilizando os encaminhamentos, promovendo mais rapidamente o diagnóstico e possibilitando desfecho favorável para a paciente.

A AB tem papel fundamental no rastreamento de doenças da população, permitindo identificar em tempo hábil, com base no histórico e fatores de risco. A maior proximidade com o território permite maiores possibilidades para vínculos efetivos e acolhimento com escuta qualificada, além de facilita na adesão ao tratamento. O fácil acesso nas Unidades e Centros de alta complexidade em oncologia é de suma importância, pois são locais onde serão ofertadas todas as formas de tratamento, incluindo a reconstrução mamária, preservando-se a autoestima dessas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020, Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro, 2019.
- BRAY, F. *et al.* Estatísticas globais de câncer 2018: estimativas GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 cânceres em 185 países.
- DE PAULA, S.H.B. & FIGUEIREDO, R. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. BIS - Boletim do Instituto de Saúde, v. 17, p. 146, 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE & INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Confira as recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama. Publicado em 23/07/2019. Última modificação em 14/10/2019.
- OHL, I.C.B. *et al.* Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, p. 746, 2016.
- SOUSA, W.E. *et al.* O estudo das interações medicamentosas fatais. Jornal Brasileiro de Farmacologia, v. 2, p. 405, 2019.
- TOMAZELLI, J.G. *et al.* mulheres rastreadas para câncer de mama: acompanhamento por meio dos sistemas de informações em saúde, 2010-2012. Rio de Janeiro, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 27, e2017445, 2018.

83

ESTRATÉGIAS MUNDIAIS CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

FILIAÇÃO

¹ Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, DF.

AUTORES

NATÁLIA CABRAL PERISSÊ¹

IZABELA BORGES SILVA¹

OTÁVIO BOSI DE OLIVEIRA FERNANDES¹

THAÍS FERNANDA FARIA MOREIRA¹

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Parto; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Violência Obstétrica (VO) faz referência ao conceito mundialmente difundido *disrespect and abuse during childbirth*, o qual foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014. No entanto, embora a determinação da terminologia correta para esse tipo de abuso seja recente, a tipologia da violência no parto já foi bem descrita ao longo dos anos, visto que é um problema antigo (LANSKY *et al*, 2019).

Nesse sentido, a VO abrange as diversas formas de abusos praticados contra a mulher grávida durante a assistência ao parto, as quais podem gerar consequências importantes seja para a parturiente, seja para o neonato. Assim, são consideradas manifestações de VO a realização de procedimentos médicos não consentidos ou desnecessários, a prática de violência verbal, psicológica ou física, a separação precoce entre a puérpera e o neonato e cuidados negligentes durante o parto.

Ainda que os impactos da VO estejam cientificamente em processo de avaliação, é notório o aumento dos índices de morbimortalidade materna e neonatal em regiões que apresentam maior número de intervenções no parto. Haja vista a magnitude desta problemática, mostra-se imperativo fomentar medidas que assegurem a assistência humanizada ao parto, assim como apoiar o desenvolvimento de pesquisas acerca dessa temática, a fim de viabilizar o protagonismo das mulheres no que diz respeito ao direito de escolha no ato de parturição. Para tanto, a análise da percepção das mulheres acerca da temática da VO mostra-se relevante na avaliação do entendimento que elas possuem sobre este problema, bem como para direcionar as estratégias que viabilizam a educação em saúde.

O objetivo deste estudo é definir VO a partir da caracterização das diferentes apresentações dessa forma de violência, evidenciando alternativas que fomentam a sua redução, a fim de priorizar a saúde materno-fetal.

MÉTODO

Este estudo foi feito mediante uma revisão não sistemática da literatura a partir de artigos publicados no período de 2015 a 2020, em que as palavras-chave utilizadas foram “violência obstétrica”, “parto” e “saúde da mulher”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 1996, na publicação intitulada “Assistência ao parto normal: um guia prático”, a OMS elencou as práticas cientificamente consideradas ineficazes ou prejudiciais para a saúde materno-fetal, mas que ainda eram utilizadas como intervenções durante a assistência ao parto. Entre essas práticas, encontram-se a infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto e a cauterização venosa profilática de rotina, o uso descomedido de ocitocina, a amniotomia com objetivo de agilizar o parto, o uso rotineiro da episiotomia, a realização da manobra de Kristeller e a proibição de acompanhantes durante a internação hospitalar.

Entretanto, em 2012, a pesquisa “Nascer no Brasil” evidenciou que essas mesmas práticas repudiadas pela OMS ainda aconteciam no país. Das quase 24 mil mulheres entrevistadas nessa análise, apenas 5% tiveram partos sem intervenções. Além disso, o uso de ocitocina e de amniotomia foi presente em 40% dos casos, enquanto que a manobra de Kristeller e a episiotomia aconteceram, respectivamente, em 37% e 56% dos casos. Por fim, foi observado que apenas 18,8% dessas mulheres tiveram a presença de acompanhantes assegurada (LEAL, 2014).

A VO ganhou maior visibilidade apenas a partir da segunda década do século XXI com a declaração da OMS denominada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. Antes dessa publicação, muitas expressões foram utilizadas para fazer referência a este tipo de violência, como: “abuso obstétrico”; violência institucional de gênero no parto”; “crueldade no parto”; violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto”; e “assistência desumanizada”. No entanto, a determinação da terminologia adequada contribuiu para o reconhecimento da magnitude desse fenômeno, bem como para a elaboração de estratégias mundiais para a resolução dessa problemática (GENEBRA, 2014).

Um importante instrumento para avaliar os danos da VO é o “termômetro de segurança da assistência materna”, o qual foi elaborado pela *National Health Service* (NHS), com o objetivo de registrar os prejuízos gerados por este tipo de violência. Assim, entre as consequências da VO, a NHS apontou danos perineais, como a laceração e a episiotomia, traumas abdominais, como a laparotomia e a cesariana, hemorragias pós-parto, infecções, como, por exemplo, a mastite; e prejuízos para o bebê, a partir da análise do APGAR menor que 7 (TESSER *et al*, 2015).

Percepção das mulheres sobre a Violência Obstétrica

No Brasil, é estimado que 25% das mulheres sofrem algum tipo de violência durante o parto. O debate acerca da VO deve considerar que muitas mulheres são vítimas dela, mas nem sempre conseguem reconhecer essa violência. Além disso, há ainda mulheres que identificam a sua ocorrência, no entanto, têm receio de se manifestar sobre suas experiências. Existem diversos fatores que contribuem para a manutenção desse contexto, como a crença de que os profissionais de saúde possuem o conhecimento científico e que, por isso, seria incorreto contestar a conduta médica, a

escassez de espaços para se debater esta temática e a veiculação insuficiente de informações educativas acerca do direito à assistência obstétrica adequada, bem como as alternativas referentes às decisões durante o processo de parturição (LAZZERI, 2015).

Nessa senda, em 2018, um estudo foi conduzido com o objetivo de analisar declarações sobre VO realizadas em grupos virtuais do Facebook®. Essa pesquisa revelou que as mídias sociais vêm ocupando um canal importante para o debate da VO, o que evidencia a importância do compartilhamento de informações e experiências. No que se refere às inadequações na assistência à mulher gestante relatadas nessas postagens, foram identificadas duas principais categorias: a negação dos direitos às mulheres durante o período gravídico-puerperal e a negligência e imprudência na assistência obstétrica. Entre as situações descritas, encontram-se a negação de direitos como analgesia e presença de acompanhante durante o parto e pós-parto, a realização de procedimentos sem o consentimento das gestantes, como o “ponto do marido”, a manobra de Kristeller e a episiotomia; e a realização de cesarianas apenas por conveniência dos profissionais de saúde. Além disso, observou-se que a maioria desses grupos explora a temática de maneira resguardada em grupos privados, fato que demonstra ainda certo medo de discutir abertamente sobre esse tipo de violência. Por conseguinte, a internet tem possibilitado certa democratização do acesso à informação e maior empoderamento feminino no âmbito da tomada de decisões acerca da saúde obstétrica. Entretanto, estudos apontam que essa ferramenta é ainda subutilizada dentro da temática da VO e, por isso, outras estratégias para viabilizar o debate sobre este tema e ampliar a visibilidade desta problemática são necessárias para garantir uma assistência obstétrica adequada e, assim, reduzir a ocorrência de abusos no período gravídico-puerperal (PAULETTI *et al*, 2020).

Em outra pesquisa, publicada em 2019, com o objetivo de avaliar o conhecimento de mulheres de uma maternidade filantrópica baiana acerca da VO, foram entrevistadas 20 parturientes. Os resultados desse estudo apontaram que a maioria dessas mulheres desconhecia a expressão “violência obstétrica” e que as poucas parturientes que afirmaram ter compreensão sobre esse tema conheciam de maneira superficial a problemática da VO, destacando apenas a violência física como um desrespeito aos direitos da mulher grávida. Ademais, entre as formas reconhecidas como abusos durante a parturição, o excesso de exame de toque vaginal foi uma questão comum relatada por algumas mulheres que participaram desta pesquisa. Nesse sentido, uma importante contribuição deste estudo foi a constatação de que atividades educativas no que se refere ao ensino em saúde são necessárias para o fomento da participação ativa das parturientes no período gravídico-puerperal, uma vez que a falta de compreensão sobre os direitos reprodutivos e sexuais configura-se como um fator de vulnerabilidade para as mulheres, o que contribui para a manutenção da VO no cenário brasileiro (NASCIMENTO *et al*, 2019).

Outra questão que está relacionada com VO é a falta de escolha de mulheres no que diz respeito à via de parto. Das mais de 23 mil mulheres entrevistadas no estudo intitulado “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento”, foi observado que 52% tiveram seus filhos por meio de cesarianas. Ademais, essa porcentagem foi ainda maior quando observado apenas o setor privado, em que a cesariana foi realizada em 88% dos casos. Consoante este levantamento, não existem justificativas clínicas para embasar o elevado índice desse tipo de cirurgia. É relevante pontuar que o aumento das taxas de cesáreas vem ocorrendo em vários países e que é necessária a análise contextualizada de fatores sociais, culturais e econômicos para se entender essa tendência mundial. No entanto, independentemente do tipo de parto realizado, as preferências da parturiente

devem ser consideradas no momento de escolha da via de parto, com o objetivo de tornar a assistência obstétrica mais humanizada (LEAL, 2014).

Estratégias que fomentam a redução da Violência Obstétrica

Em 1980, foi estimado que cerca de 500 mil mulheres morriam por ano devido a causas evitáveis referentes à gestação. Nesse contexto, diversos países reuniram esforços com o objetivo de elaborar estratégias para reduzir este elevado índice. Assim, em meados da década de 1990, visto que os determinantes sociais estavam intimamente relacionados com as elevadas taxas de óbitos maternos, a mortalidade materna passou a ser compreendida com um indicador social. Por conseguinte, vários programas foram criados a fim de reduzir o índice de mortalidade materna, o qual foi incluído dentre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), uma iniciativa promovida pelas Nações Unidas e que foi subscrita pelos governos de mais de 180 países na década seguinte. Foi estimado que mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas no período entre 2000 e 2015, corroborando os resultados do empenho mundial, bem como a relevância do emprego de mecanismos que priorizem a atenção obstétrica. A redução da mortalidade materna para menos de 70 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos continua como uma meta global entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no período entre 2016 e 2030 (SOUZA, 2015).

A capacitação dos profissionais da saúde encontra-se entre as alternativas para se reduzir a VO no contexto atual, uma vez que fomenta a erradicação das práticas consideradas desnecessárias e prejudiciais durante o parto. Ademais, a compreensão por parte desses profissionais das especificidades acerca do período gravídico-puerperal, entendendo a gestante como um todo, contribui para uma abordagem mais humanizada e multidisciplinar nas consultas do pré-natal e no momento da parturição. No Brasil, o “Projeto Parto Adequado” e o “Projeto *Apice On*” representam duas estratégias implementadas com o objetivo de humanizar o parto, por meio da qualificação de serviços e de profissionais atuantes no cuidado da gestação, do parto e do puerpério. Foi observado ao final do “Projeto Parto Adequado” que o índice de partos vaginais aumentou significativamente nos hospitais que participaram deste programa (MARQUES *et al*, 2019).

Um importante fator para o combate à VO é a garantia do acesso à informação, posto que a institucionalização do parto ampliou a assimetria na relação médico-paciente (ROCHA; FERREIRA, 2020). Neste contexto, nota-se que ocorre uma supervalorização do saber técnico da equipe de saúde em detrimento da capacidade da gestante em participar ativamente da tomada de decisões durante o parto (LAZZERI, 2015). Essa dinâmica prejudica o entendimento do protagonismo da mulher durante a parturição e, assim, fomenta a perpetuação de medicalizações excessivas no parto, uma vez que as mulheres ficam muitas vezes impossibilitadas de questionar a conduta médica. Ao promover o acesso à informação a respeito de direitos e diferentes condutas para o parto, é possível inferir que mais mulheres optariam por uma assistência obstétrica que garantisse o respeito à integridade física e emocional tanto para si, como para seus bebês. Assim, uma maneira de realizar a divulgação de informações acerca VO e promover a reflexão sobre esse tipo de violação de direitos é criação de campanhas de combate à VO, como, por exemplo, a campanha intitulada “#partocomrespeito”, a qual foi difundida pelo semanário brasileiro *Época* (Figura 1) (BOCCHI, 2019).

Figura 1. Duas imagens presentes na campanha “#partocomrespeito”, as quais foram divulgadas na reportagem “Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto” pelo semanário brasileiro ÉPOCA



Legenda: As duas mulheres retratadas são a atriz Grazielli Massafra (à esquerda); e a apresentadora Astrid Fontenelle (à direita). **Fonte:** LAZZERI, 2015.

Outras mudanças práticas para se alcançar uma diminuição sensível nos índices de VO fazem referência a ações de prevenção quaternária deste problema. Uma pesquisa recente apontou que embora a cobertura do pré-natal no Brasil seja elevada, alcançando cerca de 98,7% das mulheres, apenas 40% afirmam ter sido orientadas sobre os procedimentos diversos para o trabalho de parto. Assim, a construção de planos de parto seja durante as consultas de pré-natal, seja em espaços coletivos mostra-se vantajosa por promover a reflexão das gestantes sobre as alternativas para o processo de parto, bem como por viabilizar a instrução dessas mulheres acerca do direito a uma assistência obstétrica qualificada. Outro benefício gerado pela elaboração desses planos está relacionado com o maior entendimento da equipe de assistência ao parto sobre os valores, medos e necessidades individuais de cada gestante, o que torna mais humanizado o vínculo entre os profissionais de saúde e a mulher grávida.

O fomento à elaboração de pesquisas sobre a temática da VO é fundamental para se consolidar de forma científica os impactos de uma assistência ineficiente ou abusiva durante o parto, bem como para trazer maior visibilidade para esse problema. Além disso, estes estudos são necessários para se obter um panorama melhor a respeito da incidência da VO e para definir os efeitos gerados pelas intervenções colocadas em prática com o objetivo de mitigar a ocorrência desse tipo de abuso (DINIZ *et al*, 2015).

CONCLUSÃO

Haja vista o exposto, observa-se que a VO representa um impasse para a garantia do direito à vida e à saúde da mulher, e, portanto, deve ser abordada como um problema de saúde pública. Além disso, pode-se notar que o processo de institucionalização do parto trouxe benefícios para a

manutenção da saúde materno-infantil, mas também fomentou a medicalização excessiva desse processo de parturição, como, por exemplo, a realização de processos cirúrgicos desnecessários, o que, por conseguinte, mantém elevadas as taxas de cesarianas.

Ademais, constata-se a importância da implementação de medidas que reduzam as elevadas taxas de VO. Para tanto, deve-se levar em consideração a percepção que as mulheres têm em relação a ela, a fim de se direcionar a estratégias de combate a esse tipo de abuso de acordo com a especificidade do contexto cultural e social de cada região. A avaliação dos relatos dessas mulheres mostra-se útil também para a análise da efetividade dos mecanismos de educação em saúde.

Entre as estratégias de diminuição da VO, nota-se que a capacitação dos profissionais da saúde acerca do manejo adequado no processo de parturição apresenta resultados positivos no que diz respeito ao aumento do acesso à uma assistência obstétrica humanizada. Outra alternativa que visa à diminuição dos índices de VO é a ampliação do acesso à informação de qualidade, por meio da promoção da educação em saúde durante as consultas de pré-natal e ainda através da realização de eventos e de campanhas com o objetivo de aumentar a visibilidade desta problemática. Além disso, a prevenção quaternária da VO, mediante a elaboração de planos de parto a partir da colaboração entre as gestantes e as equipes de saúde, contribui para o protagonismo da mulher no momento de parturição.

Por fim, pode-se constatar a importância do fomento à elaboração de pesquisas referentes a este tema com o objetivo de ampliar a compreensão de variáveis relacionadas à VO e aperfeiçoar estratégias para se mensurar sua incidência em contextos regionais diversos. Ademais, o aumento do número de estudos sobre a temática contribui para maior visibilidade deste problema, além de facilitar o acesso a informações relevantes para a formação crítica das mulheres gestantes. Observa-se ainda o funcionamento da internet como um canal de discussão acerca da VO e que tem possibilitado maior democratização do acesso à informação e o compartilhamento de experiências. Entretanto, devido a subutilização dessa plataforma, mostra-se urgente o incentivo ao debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos através de outras ferramentas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOCCHI, A.F.A. O Funcionamento Discursivo de Campanhas sobre a Violência no Parto: Testemunho, Violência e Silêncio. *Ling. (Dis)Curso*, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-76322019000100017>. Acesso em: 15 de nov de 2020.
- DINIZ, S.G et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080>>. Acesso em: 15 de nov de 2020.
- GENEBRA. Declaração Prevenção e eliminação de abusos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/>>. Acesso em: 11 de nov de 2020.
- LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>>. Acesso em: 15 de nov de 2020.
- LAZZERI, T. Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto. *Revista Época*, 2015. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html>>. Acesso em: 15 de nov de 2020.
- LEAL, M.C. et al. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 15 de nov de 2020.
- MARQUES, G.M. et al. Alternativas que contribuem para a redução da violência obstétrica. Rio de Janeiro: *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.236612019>>. Acesso em: 15 de nov de 2020.
- NASCIMENTO, S.L. et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Revista eletrônica Enfermería Actual de Costa Rica*, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682019000200066>. Acesso em: 15 de nov de 2020.
- PAULETTI, J.M. et al. Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook. *Revista eletrônica Enfermería: Cuidados Humanizados*, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2393-66062020000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 de nov de 2020.
- ROCHA, N.F.F e FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Saúde em Debate*, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>>. Acesso em: 15 de nov de 2020.
- SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001200549#:~:text=Na%20d%C3%A9cada%20de%201980%2C%20estimativas,produziam%20as%20mortes%20maternas1>. Acesso em: 15 de nov 2020.
- TESSER, C.D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2015.

84

A RESISTÊNCIA A INSULINA NA FISIOPATOLOGIA DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO E O USO DE METFORMINA NO MANEJO CLÍNICO

FILIAÇÃO

¹ Faculdade de Medicina da Faculdade de Minas de Belo Horizonte – FAMINAS BH.

AUTORES

NATÁLIA RÚBIA RODRIGUES SOUZA¹
KATARINI FERNANDA GOMES
CAIO HENRIQUE SANT'ANA DAMASCENO
ISABELLE LOLLI PASCOAL
LUIS GUILHERME FERREIRA MENEGUCCI
AMANDA BRANDÃO LOPES

Palavras-chave: Resistência à Insulina; Síndrome do Ovário Policístico; Metformina.

INTRODUÇÃO

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é uma desordem endócrina prevalente em mulheres durante o menacme e caracterizada principalmente pela presença de manifestações clínicas androgênicas e anovulação crônica. Sua fisiopatologia está associada tanto a alterações da liberação de gonadotrofinas quanto a presença de resistência à insulina, tornando os medicamentos sensibilizadores de insulina uma das opções no manejo do quadro.

O objetivo deste estudo foi relacionar a fisiopatologia da resistência insulínica ao desenvolvimento da SOP, abordar seus principais aspectos diagnósticos e terapêuticos e elucidar o manejo da desordem endócrina com o uso da metformina.

MÉTODO

Este trabalho caracteriza-se como um estudo secundário do tipo revisão bibliográfica e refere-se a fisiopatologia, diagnóstico e manejo clínico da SOP.

Como fontes de informações foram utilizados artigos sobre resistência à insulina, SOP e metformina indexados no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLARS) por meio do PubMed, UpToDate e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando, em inglês e português, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): resistência à insulina, síndrome dos ovários policísticos e metformina. Foram utilizadas publicações entre 2005 e 2019, relevando-se a atualidade temática. Após leitura dos títulos, foram selecionados 12 para análise completa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SOP, ou anovulação crônica por retrocontrole impróprio, é uma endocrinopatia complexa, originalmente descrita na década de 30 por Stein e Leventhal e que ainda é bem discutida. Se trata de uma doença multifatorial e é mais comum em mulheres em idade reprodutiva, se caracterizando por alterações hiperandrogênicas e disfunção ovulatória, presença de ovários policísticos e infertilidade. Sua etiologia é complexa, com influência da predisposição genética e de fatores ambientais.

As principais manifestações incluem acne, hirsutismo, alopecia, alterações menstruais. Além disso, pode haver alterações metabólicas como o maior risco de obesidade, pré diabetes, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, apneia obstrutiva do sono, doença hepática gordurosa não-alcoólica, distúrbios de humor e câncer. Além da infertilidade, mulheres com SOP têm maior taxa de abortamento espontâneo, assim como maior risco de complicações obstétricas, como diabetes mellitus gestacional, doença hipertensiva específica da gravidez, pré-eclampsia e partos prematuros, quando comparadas à população geral. A prevalência de SOP varia de acordo com os critérios de diagnósticos utilizados, 9% das mulheres no menacme são afetadas de acordo com os critérios NIH (*National Institute of Health*) e até 18% são afetadas de acordo com os critérios de Rotterdam (SILVA *et al.*, 2018).

Fisiopatologia geral

A SOP não tem fisiopatologia única conhecida, porém sabe-se que é um distúrbio reprodutivo, heterogêneo e metabólico que acarreta o quadro sindrômico. Acredita-se também ter influência genética e, apesar de não haver ainda comprovação de herança hereditária, há um aumento da frequência da síndrome e da resistência à insulina em mães e irmãs de pacientes diagnosticadas com SOP.

Esteroidogênese anormal

A esteroidogênese anormal é o defeito na síntese de andrógenos, de origem ovariana ou adrenal, que é considerada por muitos autores como a desordem primária da SOP (MOURA, 2011). É a perda de ciclicidade funcional devido a produção excessiva de andrógeno que, posteriormente, é convertido em estrogênio. O excesso de androgênio e conversão para estrogênio eleva o risco para o carcinoma endometrial nessas pacientes.

Nas células da teca do ovário, a insulina e o LH trabalham simultaneamente para aumentar a produção de androgênio e esta capacidade inerente das células da teca é mais uma provável herança genética.

No córtex da adrenal ocorre produção de andrógenos devido às anormalidades na esteroidogênese cortical ocasionada por estimulação do hormônio adrenocorticotrófico. Os níveis excessivos de androgênio (principalmente testosterona, androstenediona e sulfato de desidroepiandrosterona) são a principal causa de anovulação crônica e formação de múltiplos cistos.

Anormalidades no eixo hipotálamo-hipofisário

O hormônio luteinizante (LH) e o folículo estimulante (FSH) são produzidos na pituitária de acordo com a frequência de pulsos de hormônio liberador de gonodotrofina (GnRH), a alta frequência libera o LH e a baixa frequência libera o FSH. Na anormalidade condicionada pela síndrome, tem-se aumento da frequência de pulso e amplitude do LH e FSH normal ou em baixos níveis. Esta alteração central dos hormônios tem como consequência modificações morfológicas e funcionais dos ovários, com irregularidade menstrual e anovulação.

Hiperinsulinemia e Resistência à Insulina

A insulina é considerada um fator fundamental na fisiopatologia da doença. Tem-se observado que a maioria das mulheres com SOP apresentam também resistência insulínica, mesmo as não obesas (ANDRADE, 2016). Esta resistência à insulina gera um quadro de hiperinsulinemia compensatória.

A origem do problema ainda é incerta, mas autores acreditam em predisposição genética que pode ser modificada de acordo com estilo de vida. O defeito primário da hiperinsulinemia é a resistência à insulina no tecido muscular e adiposo.

Neste quadro, observa-se uma insensibilidade tecidual dos tecidos a esse hormônio, levando a maior necessidade de produção e liberação pelo pâncreas e gerando um quadro de hiperinsulinemia compensatória. Como efeito na esteroidogênese, a insulina inibe a produção hepática de SHBG (globulina carreadora dos hormônios sexuais) e da IGFBP-1 (proteína carregadora do fator de crescimento semelhante a insulina do tipo 1). Do mesmo modo, eleva a produção de fator de crescimento semelhante a insulina 1 (IGF-1) e tem ação sinérgica com o LH, que tem sua liberação aumentada e elevação da amplitude dos pulsos. Com a redução dessas proteínas carreadoras, há aumento das frações livres de hormônios androgênicos e estrogênicos. Esse aumento da secreção de LH leva a um hiperestímulo das células da teca, com maior produção de androgênios, principalmente testosterona, sem a conversão deste androgênio em estradiol, o que explica o hiperandrogenismo característico da doença (FEBRASGO, 2018).

Diagnóstico

A prevalência de SOP que era de 6 a 10% (estabelecida pelos requisitos NIH de 1990) dobrou sob os requisitos de Rotterdam (SOARES *et al.*, 2008). No Brasil existem aproximadamente 3 milhões de mulheres com essa patologia, que se manifesta após menarca prosseguindo até a menopausa (SALES, 2017).

Essa disfunção endócrina é evidenciada por anovulação ou oligoovulação, que se manifesta clinicamente como amenorreia, oligomenorreia ou sangramento uterino anormal, hiperandrogenismo com manifestações de acne e hirsutismo, também é correlacionada com infertilidade, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Para correto diagnóstico é necessário excluir outras endocrinopatias que se assemelham à SOP, como a hiperplasia adrenal não clássica, síndrome de Cushing, tumores produtores de andrógenos e excesso de andrógenos induzido por fármacos.

Em suma, os critérios diagnósticos para SOP não são fundamentados em manifestações, mas no consenso de especialistas (DUMESIC *et al.*, 2015). Três conferências internacionais desenvolveram critérios diagnósticos diferentes, mas sobrepostos, para mulheres adultas: os critérios do NIH (1990), consenso de Rotterdam (2003), e os critérios do Androgen Excess-PCOS Society (2006) (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios de diagnóstico SOP

NIH	Rotterdam	AndrogenExcess-PCOS
Presença de dois critérios	Presença de dois dos três critérios	Presença de dois critérios
Disfunção menstrual	Disfunção menstrual	Disfunção menstrual e/ou ovários policísticos
Hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial	Hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial	Hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial
	Ovários policísticos a ultrassonografia	

Fonte: FAUSER, 2012.

O diagnóstico da SOP é feito por meio de método de exclusão com base no Consenso de Rotterdam, descrito pelo Instituto Nacional de Saúde americano e das Sociedades Europeia e Norte-Americana de Reprodução Humana. Para o diagnóstico da SOP deve-se considerar hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial, irregularidade na menstruação e ovários micropolicístico em ultrassonografia. Caso seja diagnosticada, é necessário realizar análise de risco metabólico.

Tabela 2. Critérios de Rotterdam para diagnóstico de SOP

Presença de duas das três manifestações:
Anovulação crônica
Hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial
Ovários Policísticos à ultrassonografia
Exclusão de outras causas de Anovulação/Hiperandrogenismo

Fonte: MACIEL & DA SILVA, 2018, p. 13.

Avaliação laboratorial

Clinicamente, o hiperandrogenismo pode manifestar-se sob a forma de hirsutismo, acne e/ou alopecia androgênica. O diagnóstico de hiperandrogenismo bioquímico depende da dosagem sérica de androgênios. Os mais medidos são a testosterona total livre, a androstenediona e o sulfato de deidroepiandrosterona (SDHEA). A testosterona circula ligada à SHBG e outras proteínas, como a albumina, e somente a fração livre entra nos tecidos-alvo. A testosterona livre calculada é, possivelmente, a medida mais sensível para o diagnóstico de desordens hiperandrogênicas (CONWAY *et al.*, 2014; TEEDE *et al.*, 2018).

Ovários policísticos desenvolvem-se quando há quantidade excessiva de hormônios androgênicos. Há uma liberação excessiva de LH, níveis elevados de insulina no sangue e níveis reduzidos de SHBG. Na SOP, o nível de FSH está reduzido em geral.

A obesidade é também diagnóstica frequente associado à SOP. Estima-se que 35 a 60% das mulheres adultas com SOP sejam obesas. A obesidade tem um impacto significativo, reduzindo os eventos ovulatórios, aumentando a concentração sérica de androgênios e reduzindo o sucesso dos tratamentos de fertilidade. A obesidade não é exclusiva da SOP, ela está associada com a resistência à insulina, síndrome metabólica e função endotelial anormal.

Todos supracitados são critérios clínicos da SOP, sempre lembrando que o diagnóstico é feito após a exclusão de outras patologias que não justifiquem o quadro clínico da paciente.

Avaliação de exames de imagem

A melhor forma de investigar a morfologia ovariana é a análise histopatológica, porém não é factível na prática clínica. No entanto, o desenvolvimento das imagens ultrassonográficas pode refletir as alterações morfológicas ovarianas.

A imagem clássica é a de ovários aumentados contendo um número aumentado de folículos pequenos (2-9 mm) circundando o córtex como uma série de pérolas.

Tratamento da SOP

O tratamento se fundamenta em mudança de estilo de vida (perda de peso) e uso de contraceptivos orais combinados associados ou não ao uso de metformina. Está provado que uma perda de peso na ordem dos 5% a 10% traz não só benefícios em nível endócrino, com a diminuição dos níveis de testosterona, o aumento da concentração de SHBG e a normalização dos períodos menstruais, mas também metabólicos, pela diminuição da resistência periférica à insulina e da dislipidemia, e psicossociais, tendo efeito visível na qualidade de vida. Também é recomendada atividade física aeróbica intensa por três vezes durante a semana, durando 60 minutos por dia.

O tratamento é diretamente relacionado com as suas principais manifestações clínicas: irregularidade menstrual, hirsutismo/acne, obesidade e resistência à insulina (RI). Várias são as opções terapêuticas para cada um desses itens e um mesmo tratamento pode ser utilizado para mais de um sintoma, e essa escolha deverá ser individualizada. Para as adolescentes com SOP, os anticoncepcionais orais combinados continuam a ser a forma mais comum de tratamento, atuando nas manifestações androgênicas e na irregularidade menstrual. Os estrogênios atuam no eixo hipotálamo-hipófise, inibindo a secreção de LH, o que leva à diminuição da produção de androgênios pelo ovário e ao aumento da síntese hepática de SHBG, que, por sua vez, diminui o índice de testosterona livre.

O componente progestagênio inibe a proliferação endometrial, prevenindo a hiperplasia endometrial. Várias combinações e dosagens estão disponíveis, devendo-se optar por aquelas que ofereçam menores efeitos secundários. Ocorre a normalização dos níveis de androgênios na maioria dos casos, entre 18 e 21 dias. A eficácia do tratamento poderá ser avaliada após três meses do seu início, com avaliação clínica dos sintomas, no entanto, as dosagens dos níveis de androgênios também podem ser utilizadas para esse fim. O uso de progestagênios isolados de maneira cíclica também poderá ser utilizado no tratamento da irregularidade menstrual, porém não é eficaz para a melhora do hirsutismo. Podem ser utilizados os progestagênios durante sete a 10 dias por mês. O

uso desses medicamentos apenas regulariza o ciclo menstrual e não causa melhora do hiperandrogenismo. Os efeitos colaterais dos progestagênios incluem sintomas depressivos, retenção hídrica e mastalgia. As mulheres devem ser informadas de que o seu uso não tem efeito contraceptivo, o que pode ser motivo de grande preocupação para jovens com atividade sexual. Podem ser usados fármacos com potencial antiandrogênico como espironolactona, acetato de ciproterona, além de medidas cosméticas para a melhora do hirsutismo e da acne.

Entre todos os agentes insulinosensibilizadores, a metformina é o mais utilizado, particularmente entre adolescentes com diminuição da tolerância à glicose, RI ou obesidade. Ao diminuir a gliconeogênese hepática e aumentar a sensibilidade periférica à insulina, está descrito que melhoram os parâmetros metabólicos associados à SOP: níveis de androgênios, insulina e lipídeos e padrão menstrual, favorecendo até a ovulação. Atualmente, recomenda-se o uso de metformina em adolescentes com IMC maior ou igual a 25 kg/m² isolada ou associada ao uso de anticoncepcional oral combinado após mudança no estilo de vida.

Uso da metformina no tratamento da SOP

Estudos relatam que há uma resistência à insulina de 54,2 a 70,6% de mulheres com SOP, com isso, o uso de drogas sensibilizadoras de insulina, como a metformina, vem sendo empregadas como uma opção terapêutica (PEREIRA *et al.*, 2015). A metformina é um antidiabético oral da classe das biguanidas, sendo a principal escolha no tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2, visto que, possui alta eficácia e baixa toxicidade. Seu mecanismo de ação consiste na inibição da gliconeogênese e glicogenólise e estimulação da glicogênese nos hepatócitos, já na musculatura esquelética ela promove a captação de glicose e por consequência diminuição dos níveis de glicose sanguínea (NETO *et al.*, 2015).

Na SOP, a resistência insulínica aumenta os níveis de insulina, que age diretamente na esteroidogênese ovariana, gerando aumento na produção de androgênios e diminuição da produção hepática da SHBG, acarretando em uma produção exacerbada de testosterona pelos ovários, predispondo a formação de cistos ovarianos (ARIE *et al.*, 2009). Portanto, a metformina vai agir abaixando a concentração plasmática de insulina e, por fim, diminuindo nas células da teca a produção androgênica (YARAK *et al.*, 2005).

Nos casos de hirsutismo, as principais opções terapêuticas são os anticoncepcionais orais e antiandrogênios, entretanto, quando não é possível utilizar os anticoncepcionais orais, outra opção é a metformina, que auxilia na irregularidade do ciclo menstrual, problemas metabólicos, amenização da *Acanthosis nigricans*, ocasionada pelo aumento da insulina, e indução da ovulação (NETO *et al.*, 2015), além disso, a metformina reduz os eventos cardiovasculares em pacientes com sobrepeso e obesos (TROVÓ & TYIO, 2014).

Segundo Trovó & Tyio (2014), um estudo canadense com 154 mulheres com SOP foram divididas em três grupos e tratadas com citrato de clomifeno e metformina. No grupo um, 56 mulheres receberam citrato de clomifeno 50 mg a partir do 5º ao 9º dia do ciclo; no grupo dois, 57 mulheres receberam metformina 500 mg três vezes ao dia; e no grupo três, 41 mulheres receberam os dois medicamentos. A conclusão do estudo foi que o uso de metformina isolada ou associada (grupos dois e três) houve aumento nas taxas de ovulação de forma igual, entretanto, no grupo um, o uso de citrato de clomifeno isolado não apresentou eficácia na melhora da fertilidade.

Entretanto, mesmo após apresentar os inúmeros benefícios da metformina e comprovada participação da resistência à insulina na fisiopatologia da SOP, não serão todas as pacientes que irão se beneficiar deste tratamento, apenas aquelas que possuem as devidas indicações. Estas indicações incluem: pacientes pré-diabéticas ou com risco aumentado para diabetes com SOP, infertilidade, em mulheres que realizaram mudanças do estilo de vida (dieta e atividade física) e não obtiveram perda de 5 a 10% do peso corporal em seis meses e adolescentes com $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ que utilizaram anticoncepcional oral e também não alcançaram as metas (FEBRASGO, 2018).

A metformina é considerada *off label*, visto que não consta na bula a utilização específica para o uso na SOP, mesmo que estudos tenham comprovado a sua eficácia. Em relação a posologia do medicamento sabe-se que esse fármaco deve ser utilizado na dose de 1000 mg a 2500 mg, inicialmente com doses mais baixas, de um comprimido de 500 mg/dia e associado com alimentos, com intuito de evitar os efeitos gastrointestinais. Após a primeira semana, aumenta-se gradualmente duas comprimido de 500 mg a cada semana até atingir a dose necessária, pode-se utilizar um comprimido de 850 mg de duas vezes ao dia e comprimidos de 1000 mg, um a dois comprimidos por dia. Estudos não autorizam e não comprovam a eficácia da utilização de um comprimido de 500 mg/dia com objetivo de tratar a SOP, e seu uso crônico pode se associar com a diminuição dos níveis de vitamina B12, fazendo necessário a dosagem periódica e reposição caso necessário. Quanto ao tempo de utilização do medicamento é recomendado que, em casos de uso por infertilidade, a metformina deve ser utilizada até a concepção, e nos casos de prevenção de distúrbios metabólicos deve-se sempre avaliar a necessidade do uso com o profissional da saúde (FEBRASGO, 2018).

CONCLUSÃO

Por estar diretamente relacionada à resistência insulínica, a SOP tem como uma das terapêuticas adotadas o uso de sensibilizadores da insulina, em especial a metformina, que se mostra uma opção de custo-benefício satisfatório para redução discreta do hiperandrogenismo e da irregularidade menstrual. Entretanto, é indicada para melhor resultado a associação da terapia farmacológica com alterações de hábitos de vida, como dieta e perda de peso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, V.H.L. de *et al.* Current aspects of polycystic ovary syndrome: A literature review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 62, p. 867, 2016.
- ARIE, W.M.Y. *et al.* Síndrome do ovário policístico e metformina: revisão baseada em evidências. *Femina*, v. 37, p. 585, 2009.
- CATRINQUE, J.A. & RONCONI, F. de S. Abordagem multiprofissional a portadoras da síndrome do ovário policístico (SOP). 40 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Educação e Meio Ambiente, 2019.
- CAVALCANTE, B. G. C. de H. *et al.*. A importância Da Idade Na Síndrome Metabólica Em Pacientes Portadoras De Ovários Policísticos. *International Journal of Nutrology*. Vol. 9, Issue 2, p. 199-208: Mai/Ago., 2016.
- Conway G, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Franks S, Gambineri A, Kelestimur F, Macut D, Micic D, Pasquali R, Pfeifer M, Pignatelli D, Pugeat M, Yldiz BO; ESSE PCOS Special Interest Group. The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. *Eur J Endocrinol*. 2014 Oct; 171 (4): P1-29.
- DUMESIC, D. A. *et al.* Scientific statement on the diagnostic criteria, epidemiology, pathophysiology, and molecular genetics of polycystic ovary syndrome. 2015. *Endocrine Reviews*. v. 36 Issue 5, p. 487-525
- LYRA, A. & KOCHI, C. 6.6. Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) na Adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria, *MANUAL DE ORIENTAÇÃO – OBESIDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA*, 3ª edição, p. 72, 2019.
- MACIEL, G.A. Uso de sensibilizadores de insulina: Como? Quando? Até quando?. In: Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 7. p.78. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n.4, Comissão Nacional de Ginecologia Endócrina).
- MOURA, H.H.G. de *et al.* Polycystic ovary syndrome: a dermatologic approach. *Anais brasileiros de dermatologia*, v. 86, p. 111, 2011.
- NEVES, E.M. das. Características ultrassonográficas do ovário e sua relação com o perfil hormonal e metabólico em mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos. 102 f. Tese (Doutorado em Obstetrícia e Ginecologia) - Faculdade de Medicina, University of São Paulo, 2019.
- NETO, E.M.R. *et al.* Metformina: uma revisão da literatura. *Saúde e Pesquisa* v. 8, p. 355, 2015.
- PEREIRA, J.M. *et al.* Síndrome do ovário policístico: terapia medicamentosa com metformina e anticoncepcionais orais. *Saúde & Ciência em Ação*, v. 1, p. 26, 2015.
- SALES, L. da S. Vitamina D na síndrome dos ovários policísticos. 2017. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.
- SILVA, A.C.P.A. da *et al.* Síndrome dos ovários policísticos e suas complicações na idade reprodutiva. *Revista De Trabalhos Acadêmicos-Universo-Goiânia*, 103 p., 2018.
- SOARES, E. M. *et al.* Prevalence of the metabolic syndrome and its components in Brazilian women with polycystic ovary syndrome. *American Society for Reproductive Medicine -Fertility and Sterility* v. 89, Issue 3, p. 649–655, March 2008.
- TEEDE, H.J. *et al.* International PCOS network. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2018 Sep 1;33(9):1602-1618
- TROVÓ, K.T. & TYIO, R. Uso de metformina no tratamento da infertilidade em mulheres que apresentam síndrome dos ovários policísticos. *Revista Uningá Review*, v. 20, p. 43, 2014.
- YARAK, S. *et al.* Hiperandrogenismo e pele: síndrome do ovário policístico e resistência periférica à insulina. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 80, p. 395, 2005.

85

ABORTAMENTO DE REPETIÇÃO

FILIAÇÃO

¹ Departamento de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT.

² Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Mato Grosso. MT.

AUTORES

PIETRA ANDRADE DE OSTI¹
BRUNO DE OLIVEIRA CALVO¹
HENRIQUE HOSHINO KOBAYASHI¹
DÉBORA VIANA NUNES¹
ALEXANDRE GIRARD RIBEIRO DA SILVA¹
CAIO VICTOR NUNES¹
KARINA FIELDKIRCHER ABREU¹
MATHEUS MIRANDA DOS SANTOS¹
JULIANA DANIELLE COSTA OLIVEIRA ABRÃO²

Palavras-chave: Abortamento Recorrente, Abortamento de Repetição, Investigação Dos Abortamentos.

INTRODUÇÃO

Definição e epidemiologia

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aborto é a extração ou a expulsão do feto que ocorre antes da vigésima semana de gestação ou pesando menos de 500 g. A definição de abortamento recorrente (AR) varia no meio científico, sendo classicamente associado a três ou mais perdas espontâneas consecutivas. Atualmente, muitos pesquisadores definem como duas perdas gestacionais reconhecidas clinicamente por ultrassonografia e/ou histopatologia. O AR pode ser um processo primário ou secundário. O AR primário tem pior prognóstico e é caracterizado por não ser antecedido por uma gravidez com nascido vivo, ao contrário do secundário (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b; TULANDI & AL-FOZAN, 2020).

O abortamento espontâneo acomete aproximadamente 15% das gestantes. Cerca de 2% experienciam duas perdas espontâneas sucessivas e 0,4 a 1% sofrem três perdas consecutivas. A prevalência é maior com o aumento da idade materna e nos estágios iniciais da gravidez, sendo o risco de abortamento antes de seis semanas de gestação de 22 a 57%, entre seis a 10 semanas de 15%, e depois de 10 semanas de 2 a 3%. Além disso, o risco de novo aborto cresce de forma gradativa a cada perda gestacional sucessiva, correspondendo a uma taxa de 14 a 21% após um aborto, 24 a 29% após dois abortos e 31 a 33% após três abortos. As perdas gestacionais tendem a ocorrer na mesma idade gestacional que as antecedentes (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b).

Embora o AR seja um importante problema de saúde na mulher, ainda existem muitas questões a serem elucidadas a respeito de sua etiologia. Uma série de fatores estão envolvidos, dentre eles as trombofilias e as causas anatômicas, imunológicas, genéticas, endócrinas, infecciosas, ambientais e paternas. Entre esses, a anormalidade cromossômica numérica é a causa mais frequente de abortamento precoce esporádico. As anormalidades uterinas são responsáveis por 10 a 50% de AR. Apesar de uma investigação cuidadosa, a causa permanece desconhecida em cerca de 40 a 50% dos casos (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b).

Sendo assim, além de uma etiologia frequentemente desconhecida, ainda existem poucas estratégias diagnósticas e terapêuticas baseadas em evidência. Arelada a isso, a perda de uma gestação, especialmente quando recorrente, representa uma experiência emocionalmente traumática para o casal, com possíveis consequências clínicas e psicológicas (MATTAR *et al.*, 2015; TULANDI & AL-FOZAN, 2019b).

Investigação inicial

A investigação do abortamento de repetição ou a perda gestacional recorrente inicia-se após duas gestações clínicas falhas, diagnosticadas por ultrassonografia ou histopatologia, ou três abortos consecutivos, não dependendo da localização inicial do conceito (tópico ou ectópico) com menos de 12 semanas (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b).

Deve-se iniciar por uma anamnese completa. É questionado o número gestações e entre elas quais procederam para perdas gestacionais, também se avalia os tipos de gestações (quanto a localização e características: anembrionária ou embrião vivo), a idade gestacional e detalhes ultrassonográficos como as medidas do saco gestacional e do conceito, se visto. Além disso, deve ser avaliada a idade da mãe e a paridade, ambas quanto maiores, são fatores de risco para abortamentos. Avaliar se a mulher já realizou alguma cirurgia uterina, buscando identificar a presença de aderências. O histórico dos ciclos menstruais deve ser questionado, avaliando se uma anormalidade pode estar relacionada com disfunção endócrina. Identificar se já houve histórico de anormalidades congênitas na família e se a mulher já apresentou algum evento trombótico na vida (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b).

São questionados também alguns fatores comuns que culminam no insucesso da gestação, para que depois se possa realizar uma investigação complementar e específica sobre determinada questão se já tiver alguma alteração ou o desconhecimento. O mais frequente é alteração genética do conceito, verificada através do cariótipo dos abortos anteriores (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b).

Em seguida se inicia a investigação de acometimentos maternos. As alterações anatômicas uterinas são comuns, assim pesquisar se tem alguma anomalia congênita ou adquirida. Outro quesito são os distúrbios imunológicos, como por exemplo a Síndrome Antifosfolípide (SAF), que assim como outros acometimentos, pode levar a distúrbios de coagulação, na qual também devem ser investigados. Fatores endócrinos alterados também predis põem a perda gestacional, como diabetes mellitus, alterações tireoidianas, hiperprolactinemia e a síndrome dos ovários policísticos (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b).

Os fatores socioambientais também são importantes. Assim, verifica-se se a mulher é exposta a substâncias como gases anestésicos, arsênico, benzeno, pesticidas ou mercúrio. Tabaco, álcool e cafeína podem ter influência no desfecho desfavorável da gestação, mas não é certo o seu

mecanismo. Infecções passadas são relacionadas com abortos esporádicos, mas não recorrentes. Além disso, é necessário avaliar fatores masculinos, principalmente relacionados com a genética e a quantidade e qualidade dos espermatozoides, o que pode ser feito através de um espermograma (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b).

O exame físico criterioso, envolvendo o exame segmentar e ginecológico, complementa a história clínica e direciona a abrangência inicial da avaliação propedêutica. Buscam-se as mesmas questões relatadas na anamnese, avaliando hirsutismo e galactorreia por alterações endócrinas, por exemplo, e também anormalidade dos órgãos pélvicos, como malformação uterina ou laceração cervical. Não deve desprezar a avaliação psicológica do casal que podem ter até quatro vezes mais chances de desenvolver depressão (TULANDI & AL-FOZAN, 2019a)

Normalmente, é associado com exames complementares, como ultrassom ou histeroscopia, em busca de anormalidades físicas no sistema reprodutor feminino, incluindo útero, ovários e cavidade endometrial. Podem ser realizadas amostras séricas sanguíneas avaliando anticorpos específicos, como anticardiolipina e os lúpicos, fatores de coagulação, glicose e outros hormônios, como tireoidianos e a prolactina. Realizar também a citologia cervical em busca de possíveis alterações e infecções (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b).

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi compreender o processo de investigação, de acordo com as possíveis etiologias, para o abortamento de repetição, conhecendo a definição, epidemiologia, a investigação inicial e a específica das principais causas de abortamento de repetição, assim como o seu prognóstico.

MÉTODO

Trata-se de um artigo de revisão de literatura composto por 20 trabalhos. Para a elaboração, selecionou-se artigos de revisão, relatos estudos de casos, artigos de pesquisa e capítulos didáticos usando os descritores de pesquisa: *abortamento de repetição* ou *abortamento recorrente*, nos idiomas inglês e português retirados das bases online de dados SciELO, PubMed, MEDLINE, UpToDate e livros referências. Foram incluídos os trabalhos inovadores, que abordassem um ou mais dos seguintes tópicos: definição, epidemiologia, a investigação inicial e específica das principais causas de perda gestacional recorrente entre os anos 2003 e 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Causas genéticas

Considerando o grande espectro de fatores causadores de aborto, tem-se como extremamente relevantes as causas genéticas, representando aproximadamente 50-80% dos casos de abortamento precoce esporádico (MATTAR *et al.*, 2015). No que tange aos abortos espontâneos de repetição, as anomalias cromossômicas dos embriões estão presentes em 30-57% dos casos, destacando-se que o risco aumenta exponencialmente com o avanço da idade materna (RCOG GREEN TOP GUIDELINE, 2011).

Neste ponto, merece especial relevo a relação do cariótipo dos genitores, com o aparecimento de eventuais anomalias genéticas no produto da concepção de casos de AR. Todavia, a questão ainda é controversa, não estando sedimentada com precisão o real impacto das

anormalidades cromossômicas no futuro obstétrico do casal, uma vez que, conquanto alguns estudos indiquem o sucesso gestacional de 31,9% na primeira gestação após diagnóstico de translocação em um dos pais, índice expressivamente menor do que os 71,7% esperados em casais com cariótipo normal, existem outros estudos que demonstram índices de sucesso de 83, 82 e 84,1% das gestações de casais com diagnóstico de AR e translocação recíproca, evidenciando chances elevadas, com percentagens semelhantes aos do esperado nas demais gestações saudáveis (MATTAR *et al.*, 2015).

A despeito disso, várias pesquisas indicam que um aborto espontâneo em que o produto da concepção possui anormalidade cromossômica aumenta o risco de novo abortamento relacionado à esta mesma causa, atingindo índices que podem chegar a 70% de incidência (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b).

Diante da importância do fator genético nos casos de AR é que se pode realizar o estudo do cariótipo fetal e o estudo do cariótipo do casal, com o escopo de identificar eventual causa genética da enfermidade. Contudo, a realização deste exame no material do aborto nem sempre é viável, isso porque na maioria das vezes o tecido analisado não tem vitalidade, o que inviabiliza o processo de cultura, mas serve principalmente para diagnosticar anormalidades cromossômicas estruturais e numéricas, sendo que algumas técnicas modernas, como hibridização genômica comparativa (array-CGH), hibridização *in situ* fluorescente (FISH) e reação em cadeia polimerase com fluorescência quantitativa (QF-PCR), se prestam a identificar desordens genéticas submicroscópicas que podem resultar em abortamento espontâneo, independentemente da realização de cultura (MATTAR *et al.*, 2015).

Por sua vez, o estudo do cariótipo do casal possui grande importância, na medida em que 2-5% dos casais com AR possui um dos genitores com anomalias cromossômicas estruturais, sendo mais comum a existência de translocações recíprocas ou Robertsoniana. Embora em tais casos os pais sejam fenotipicamente normais, aumentam-se os riscos de abortamento, malformações congênitas e distúrbios mentais secundárias à cromossomopatia não balanceada. Neste ponto, importante destacar que o risco é diretamente proporcional ao tamanho e ao conteúdo genético do segmento cromossomal rearranjado (RCOG GREEN TOP GUIDELINE, 2011).

Não obstante isso, levando em consideração o alto custo dos exames, a maioria das instituições, como o caso do Royal College, estabelece protocolos em que o cariótipo dos pais não é rotineiro, somente sendo justificável nos casos de anormalidade cromossômica no embrião ou havendo fator de risco baseado na história familiar e obstétrica (MATTAR *et al.*, 2015).

De todo modo, uma vez evidenciada a existência de fatores genéticos que possam desencadear os abortamentos espontâneos de repetição, revela-se importante o aconselhamento genético, que poderá oportunizar os estudos dos cromossomos familiares e oferecer um prognóstico do risco em futuras gestações. As opções ofertadas para o casal com rearranjos cromossomais podem incluir uma futura gestação natural com ou sem testes diagnósticos pré-natais, fertilização *in vitro* com screening genético prévio à implantação, doação de gametas ou adoção (RCOG GREEN TOP GUIDELINE, 2011).

Causas anatômicas

As anomalias anatômicas maternas também se apresentam como importantes causas do AR, dentre elas os leiomiomas uterinos (fibrosos), pólipos, aderências e malformações mullerianas (septo uterino, útero bicorno, unicorno e didelfo). Em geral, essas causas não são identificadas até

a experiência da perda gestacional quando, na maioria das vezes podem, então, serem corrigidas cirurgicamente antes que haja a tentativa de outra gravidez (PRAGER *et al.*, 2020). Em um estudo com 104 mulheres com abortamento de repetição de diversos tipos, o mais comum diagnóstico estrutural que contribuiu para a perda foi o de aderências intrauterinas (15% com a Síndrome de Asherman), leiomiomas (14%), septo uterino (3%) e pólipos endometriais (2%) (YOUNG, 2018).

Os leiomiomas podem causar o abortamento porque promovem uma disrupção da implantação e do desenvolvimento de suprimento sanguíneo fetal, além de um rápido crescimento e degeneração com a liberação de citocinas e a ocupação do espaço no qual o feto cresceria. O tratamento cirúrgico é o mais indicado nos casos em que as pacientes tiveram várias perdas e nos quais os leiomiomas invadem a cavidade uterina (YOUNG, 2018).

Os pólipos e as aderências vem sendo cada vez mais diagnosticados com o uso das tecnologias de reprodução assistida. Há evidências de que o tamanho de um pólipo, especialmente quando ele atinge 2 cm, pode ser associado ao abortamento. A polipectomia histeroscópica é caracterizada por ser de baixo risco e melhorar significativamente o resultado nas próximas tentativas de gestação (BROWN, 2008).

Dentre as formas de diagnóstico das malformações anatômicas, destaca-se a ultrassonografia transvaginal e histeroscopia, além da associação com a ressonância magnética de pelve (PRAGER *et al.*, 2020).

Causas imunológicas

Dentre as possíveis causas de abortamento de repetição, destacam-se as alterações imunológicas, que podem ser divididas em aloimunes e autoimunes (MATTAR *et al.*, 2015).

Pensando em causas autoimunes, a de maior relevância é a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAAF), caracterizada por uma reação inflamatória contra células endoteliais ocasionadas por anticorpos específicos, especialmente o Anticorpo anticardiolipina (ACA), o Lupus anticoagulante (LAC) e, mais recentemente descrito, o anti- β 2 glicoproteína I (MATTAR *et al.*, 2015).

Em gestações incipientes, a SAAF pode inibir a função e diferenciação trofoblástica através de uma ativação local do sistema complemento, impedindo o desenvolvimento inicial adequado e provocando o abortamento. Já em idades gestacionais mais tardias, a inflamação causada pela atividade dos anticorpos provoca a liberação de uma série de citocinas que resultam num estado de hipercoagulabilidade, que eventualmente ocasiona a formação de microtrombos no leito placentário, levando à insuficiência placentária. Segundo manual da FEBRASGO (2011), o diagnóstico da SAAF exige a associação de, ao menos, um critério clínico e um laboratorial (MATTAR *et al.*, 2015; RCOG GREEN TOP GUIDELINE, 2011).

No escopo clínico, o diagnóstico de SAAF pode ser fomentado por história pregressa de trombose venosa profunda ou morbidade gestacional. De fato, a relação entre SAAF e abortamentos é tão bem descrita que desfechos gestacionais com as seguintes características são critérios diagnósticos para a síndrome: 01 óbito \geq 10 semanas sem evidência de malformação fetal ou cromossomopatia; 03 abortos $<$ 10 semanas; Parto $<$ 34 semanas por restrição de crescimento fetal, pré-eclâmpsia grave ou infarto placentário diagnosticado por anatomia patológica (SARNO & COSTA, 2016).

Sobre a avaliação laboratorial, investiga-se SAAF através da pesquisa dos anticorpos antifosfolípedes, que são ACA, LAC e anti-B2-glicoproteína-1. São pesquisas bastante sujeitas a resultados falso-positivos, especialmente na vigência de infecções (principalmente virais crônicas, como HCV, HBV, HIV e HTLV), outras doenças de ordem reumatológica (Lúpus eritematoso sistêmico, esclerodermia e artrite psoriática), uso de alguns medicamentos (fenotiazinas, amoxicilina, clorotiazida, anticoncepcionais orais e propranolol), e em casos oncológicos, o que ressalta a necessidade de cautela no momento da interpretação desses exames. Estudos recentes apontam a pesquisa de anti-B2-glicoproteína-1 (métodos ELISA IgG e IgM) como o menos passível de sofrer interferência dos fatores apresentados, tornando-o mais específico que o ACA e LAC para o diagnóstico de SAAF. Para a confirmação laboratorial, devem ser testados dois exames positivos de um mesmo autoanticorpo, com um intervalo mínimo de 12 semanas à fim de evitar falsos-positivos (MATTAR *et al.*, 2015; ERKAN & ORTEL, 2020).

Feito o diagnóstico, o tratamento da SAAF durante a gestação conta com uma associação entre baixas doses de aspirina (80-100 mg/dia por via oral) e heparina. A heparina pode ser de baixo peso molecular (enoxaparina, via subcutânea) ou heparina sódica, e deve ser mantida até 24 horas antes do parto, ao passo que se recomenda a proscrição da aspirina no início da última semana de gestação. Esse tratamento aponta para uma melhora significativa no prognóstico gestacional. O uso de corticosteroides não está indicado nesses casos, estando relacionado com aumento da morbimortalidade feto-materna na SAAF (SARNO & COSTA, 2016; MATTAR *et al.*, 2015; RCOG GREEN TOP GUIDELINE, 2011).

No que diz respeito às causas aloimunes de abortamento, tem-se como base a resposta imunológica desequilibrada da mãe contra os antígenos paternos presentes no concepto. A razão desta incompatibilidade ainda não é bem esclarecida, entretanto existem várias hipóteses. Uma delas é a hiperatividade de linfócitos Natural Killers (NK) no sangue periférico e no útero, que impede a nidadação adequada do embrião. Outra aponta para a incompatibilidade do sistema antígeno leucocitário humano (HLA) do casal, que pode ser investigada com o exame Cross-match, no qual é feita pesquisa de anticorpos maternos contra linfócitos paternos. Por fim, há também a hipótese do polimorfismo dos genes de citocinas maternas, que desencadeariam uma resposta inadequada contra o embrião (MATTAR *et al.*, 2015).

De toda forma, apesar de existirem exames complementares que avaliam esses fatores, não existe evidência que respalde essa investigação. Os resultados dos exames não são bem parametrados, tampouco sensíveis, fazendo com que tratamentos específicos para essas condições sejam, ainda, inviáveis (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b; MATTAR *et al.*, 2015).

Trombofilias

Para o sucesso e o desfecho favorável de uma gestação é necessária uma circulação uteroplacentária adequada para boa perfusão fetal. Porém, existem alguns distúrbios que podem prejudicar essa condição. A trombofilia é um destes e consiste em uma associação de distúrbios que altera a coagulação sanguínea, predispondo a eventos trombóticos. Os mecanismos podem ser por lesões vasculares ou alteração da composição do sangue. O prejuízo para a gestação está relacionado com trombooses na circulação local, alterações de implantação e invasão trofoblástica, restrição de crescimento fetal e pré-eclâmpsia (SERRANO, 2008; TULANDI & AL-FOZAN, 2019b).

É classificada em hereditária ou adquirida dependendo da etiologia. Na trombofilia hereditária há um estado pró-trombótico constante, tendo duas principais causas: não inibição adequada da cascata de coagulação devido à perda funcional ou por atividade coagulante aumentada devido a mutações com ganho de função, sendo as mais conhecidas heterozigotia para o fator V de Leiden, heterozigotia para a mutação G20210A do gene da protrombina, e de alterações relacionadas aos inibidores fisiológicos da coagulação (antitrombina, proteína C e proteína S) (D'AMICO, 2003).

Já nos casos da adquirida existe relação com fatores extrínsecos, como os anticorpos antifosfolípides, imobilizações e medicamentos, como terapia de reposição hormonal, anticoncepcionais e heparina (ALMEIDA, 2010). Outros fatores adquiridos são a própria gravidez e o puerpério, que aumentam as concentrações dos fatores pró-coagulantes (VIII, V e fibrinogênio) e diminui os anticoagulantes naturais, como a proteína S, como mecanismo de proteção para a hemorragia durante o parto (FIGUEIRO-FILHO, 2012). Dessa forma, se a mulher já tiver uma predisposição inata a desenvolver eventos trombóticos, a gestação potencializa isso e acaba prejudicando-a, sendo uma das causas dos AR, principalmente correlacionado com a deficiência do fator XII, além dos fatores pró coagulantes (TULANDI & AL-FOZAN, 2019b). Os tromboembolismos venosos são até seis vezes mais frequentes nas gestantes (SERRANO, 2008).

Não é recomendado que todas as pessoas realizem exames para verificar se apresentam algum fator de coagulação alterado, assim como durante os eventos agudos de trombose, a investigação não deve ser feita e sim prosseguido o tratamento. Os testes podem ser feitos após seis meses do evento trombótico agudo, sendo após dez a quinze dias de medicação suspensa (BRASIL, 2019). É recomendado realizar rastreio para as mulheres que apresentem perdas gestacionais recorrentes que já tenham sofrido algum evento trombótico anterior ou não. Os exames solicitados inicialmente são hemograma, leucograma, contagem de plaquetas e também fatores plasmáticos como anticoagulantes (deficiências de antitrombina, proteína C, proteína S), na pesquisa de disfibrogenemia e na presença de anticoagulante lúpico e anticorpos anti-fosfolípides, ACA, anticorpo antifosfatidilserina, anticorpo antifosfatidiletanolamina, fator II Mutação do gene da protrombina, mutação do fator V Leiden, homocisteína, mutação do gene MTHFR12 e dosagem da vitamina D 25OH (ALMEIDA, 2010; BRASIL, 2019).

Se a investigação for positiva, é recomendado que se realize profilaxia para evitar complicações maternas. Isso diminui os eventos trombóticos, como tromboembolismo venoso, mas não parece impedir o abortamento ou a morbidade fetal. A heparina não demonstrou impacto nos desfechos placentários das trombofilias hereditárias, sendo indicado o uso somente nos casos de alto risco trombogênico materno, sendo deficiência de antitrombina, homozigose de fator V de Leiden ou mutação no gene da trombina, ou composto heterozigoto de fator V de Leiden e mutação no gene da trombina. Os demais casos devem ser individualizados (LOCKWOOD & BAUER, 2020; TULANDI & AL-FOZAN, 2020). Assim, é preconizado que se realize com heparina de baixo peso molecular por via subcutânea (enoxaparina 40 mg uma vez ao dia, ou dalteparina 5.000 UI, uma vez ao dia). Se for homozigose para o fator V de Leiden ou protrombina mutante, usar heparina de baixo peso molecular, sendo enoxaparina 1 mg/Kg/dia, ou dalteparina 100 UI/Kg. a cada 12 horas. Para a realização do parto, a heparina de baixo peso molecular deve estar suspensa por 24 horas e a heparina não fracionada por 12 horas, assim acabam sendo partos planejados entre 37 e 40 semanas. O parto pode ser vaginal ou cesáreo, dependendo somente da indicação obstétrica, devendo sempre respeitar o tempo de retirada das medicações (ZUGAIB, 2014).

Quando a gestante já é diagnosticada no evento trombótico, o tratamento é semelhante ao da não gestante, exceto por não recomendar o uso de varfarina pela sua consequência teratogênica. É recomendado repouso, com elevação dos membros e uso de meia elástica compressiva. Se for um tromboembolismo pulmonar, a paciente deve ser encaminhada para unidade de terapia intensiva. A droga de escolha é a heparina de baixo peso molecular, com dose ajustada para que o fator anti-X ativado seja mantido entre 0,6 e 1,0 UL/ mL. Se não houver essa escolha, usar heparina não fracionada em dose de ataque de 5.000 U, seguida de 1.000 U por hora em bomba de infusão contínua. A associação com carbonato de cálcio 500 mg deve ser prescrita para evitar osteoporose (ZUGAIB, 2014).

Fator masculino

A base científica da contribuição dos fatores masculinos nos abortos de repetição ainda é incipiente. O campo mais estudado é o das anormalidades cromossômicas, citado na base genética da patologia. Algumas mutações genéticas específicas do homem estão associadas com a incidência do AR. Dentre elas o polimorfismo HLA-G, responsável pela expressão de genes que atuam na constituição e na manutenção da placenta no início da gestação. Há também as microdeleções do cromossomo Y, relacionadas a regiões chamadas de fator de azoospermia, as quais determinam a qualidade e a funcionalidade adequada do esperma, ocasionando oligozoospermia ou azoospermia quando ausentes. Outro fator são as mutações trombofílicas que, quando presentes nos homens apresenta maior índice de AR (87,5%) do que nas mulheres (75%) (PUSCHECK & JEYENDRAN, 2007; KHATUJA & CHAWLA, 2018).

Casais com AR apresentam maior incidência de aneuploidia espermática (PUSCHECK & JEYENDRAN, 2007; KHATUJA & CHAWLA, 2018; IBRAHIM & JOHNSTONE, 2018). A incidência da aneuploidia aumenta proporcionalmente a piora dos padrões do espermograma, mas também pode ser elevada em homens com resultados normais. O método FISH também pode ser utilizado para avaliação desses casos, tendo como principais alvos os cromossomos 1, 2, 6, 15, 16 e 21 (IBRAHIM & JOHNSTONE, 2018).

As características do esperma também podem influenciar na incidência de AR. As pesquisas apontam que os homens de casais com aborto recorrente apresentam prevalência aumentada de alterações no número, mobilidade e morfologia do esperma. Diante de problemas morfológicos o mais comum é a dificuldade de implantação do embrião, quanto a função há alteração na constituição da membrana, perda da capacidade de condensação da cromatina e reações acrossômicas anormais, sendo indicada a realização do espermograma com avaliação dos parâmetros de número, motilidade, vitalidade e morfologia (PUSCHECK & JEYENDRAN, 2007; KHATUJA & CHAWLA, 2018).

A fragmentação do DNA espermático é um dos principais focos de estudos atuais dentre os fatores masculinos. Sua presença implica em consequências na embriogênese, como maior vulnerabilidade ao estresse oxidativo e a DNA nucleases. Entretanto, pode não haver manifestações no momento da implantação, pois o genoma paterno é ativado mais tardiamente no desenvolvimento embrionário. Alguns fatores estão associados a essa fragmentação do DNA, são eles a varicocele, o uso de bebida alcoólica ou cigarro e a exposição a algumas toxinas. Todavia, ainda não existe consenso quanto a determinação de um padrão de anormalidade para esse indicador (IBRAHIM & JOHNSTONE, 2018; PUSCHECK & JEYENDRAN, 2007; KHATUJA & CHAWLA, 2018).

CONCLUSÃO

Com base na literatura, é possível afirmar que o abortamento de repetição é um tema de grande importância, principalmente pelo impacto físico e psicológico que acomete o casal. Assim, atualizações do tema, como a mudança de definição, são recorrentes. Todas as mulheres que sofrerem dois abortos ou mais, devem passar por uma investigação clínica detalhada. A partir desta, uma suspeita etiológica será realizada e acarretará em uma investigação específica.

São diversas as etiologias conhecidas. A mais frequente é a alteração cromossômica fetal do aborto. Caso a análise genética tenha sido normal ou não realizada, deve buscar identificar possíveis alterações anatômicas, endócrinas ou imunológicas maternas. Também devem ser levados em consideração possíveis fatores masculinos alterados. Embora muito já se saiba, nota-se que mesmo após a correta investigação, parte significativa dos casos de AR segue sem etiologia. Ainda existem lacunas a serem elucidadas na literatura a respeito do problema, especialmente no tocante a opções terapêuticas mais eficientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J.M.F. Trombofilia Hereditária e Gravidez: controvérsias Actuais. 2010. 46 f. Monografia (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Relatório Conitec nº 503: Exames diagnósticos para trombofilia em gestantes. Brasília, 2019. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_EXAMES_DIAGNOSTICOS_TROMBOFILIA-GESTACIONAL_503_2019_FINAL.pdf. Acesso: 17 de agosto de 2020.

BROWN, S. Miscarriage and Its Associations. *Seminars in Reproductive Medicine*, v. 26, p.391-400. 2008.

D'AMICO, E.A. Trombofilia: quando suspeitar e como investigar? *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 49, p. 7, 2003.

ERKAN D. & ORTEL T. Diagnosis of antiphospholipid syndrome. *In: UpToDate*. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-antiphospholipid-syndrome>. Acesso em: 19 de agosto de 2020.

FEBRASGO. Manual de Orientação Gestação de Alto Risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2011, p. 177-184.

FIGUEIRO-FILHO, E.A. *et al.* Marcadores séricos de trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípides em gestantes com antecedentes de pré-eclâmpsia grave. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 34, p. 40, 2012.

IBRAHIM, Y & JOHNSTONE, E. The male contribution to recurrent pregnancy loss. *Translational Andrology and Urology*, v. 7, p. 317-327. 2018

KHATUJA, R. & CHAWLA, L. Male Factor in Recurrent Pregnancy Loss. *In: MEHTA S., GUPTA B. (Eds). Recurrent Pregnancy Loss*. Singapura: Springer, 2018. p. 137.

LOCKWOOD, C.J. & BAUER, K.A. Inherited thrombophilias in pregnancy. *In: UpToDate*. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/inherited-thrombophilias-in-pregnancy>. Acesso: 01 de setembro de 2020.

SARNO, M.A.C. & COSTA, O.L. Abortamento Habitual / Perdas Gestacionais. *Maternidade Climério de Oliveira*, p. 1, 2016.

MATTAR, R. *et al.* Limites na investigação imunológica e genética em aborto recorrente. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 37, p. 101, 2015.

PRAGER, S, *et al.* Pregnancy loss (miscarriage): Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. *In: UpToDate*. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

PUSCHECK, E.E & JEYENDRAN, R.S. The impact of male factor on recurrent pregnancy loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, v. 19, p. 222, 2007.

RCOG Green Top Guideline. The investigation and treatment of couples with recurrent first-trimester and second-trimester miscarriage, RCOG Green Top Guideline, v. 17, p. 1, 2011.

SERRANO, F. Trombofilias hereditárias e adquiridas. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Hemorreologia e Microcirculação*, v. 23, p. 9, 2008.

TULANDI, T. & AL-FOZAN, H.M. Recurrent pregnancy loss: Definition and etiology. *In: UpToDate*. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-definition-and-etiology>. Acesso: 20 de outubro de 2020.

TULANDI, T. & AL-FOZAN, H.M. Recurrent pregnancy loss: Evaluation. *In: UpToDate*. 2019a. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-evaluation>. Acesso: 17 de agosto de 2020.

TULANDI, T. & AL-FOZAN, H.M. Recurrent pregnancy loss: Management. *In: UpToDate*. 2019b. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-management>. Acesso: 17 de agosto de 2020.

YOUNG, B.K. A multidisciplinary approach to pregnancy loss: the pregnancy loss prevention center. *Journal of Perinatal Medicine*, v. 47, p. 41, 2018.

ZUGAIB, M. Doenças tromboembólicas. *In: ZUGAIB, M. (Ed). Zugaib Obstetrícia*. São Paulo: Manole, 2016. p. 825.

86

UM OLHAR SOBRE A HUMANIZAÇÃO NOS TRATAMENTOS DE SAÚDE DA MULHER ATRAVÉS DA TEORIA DE JUSTIÇA DE JOHN

FILIAÇÃO

¹ Mestranda em Direito/UFMA. Pós-graduanda em Direito Público/EBRADI-SP. Advogada.

² Advogado. Assessor jurídico na Procuradoria Geral do Estado do Maranhão.

³ Bacharelado em Direito no Centro Universitário Dom Bosco. Estagiário na Defensoria Pública do Estado do Maranhão.

AUTORES

NATALIE MARIA DE OLIVEIRA DE ALMEIDA¹

JOÃO PEDRO JUNIOR RIOS²

LUIS ALBERTO OLIVEIRA DA COSTA³

Palavras-chave: Humanização; Saúde da Mulher; Justiça.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a saúde pode ser caracterizada enquanto uma temática pluridimensional, pois se trata de um direito humano compreendido como instrumental, tanto individual, quanto social. Sendo assim, tem sua efetividade limitada por circunstâncias naturais e socioeconômicas, tal como ao mesmo tempo é um elemento capaz de originar mudanças de posturas e ações nos indivíduos, na sociedade, nos governos dos Estados nacionais e nas organizações internacionais, objetivando a melhor qualidade de vida possível para as populações.

Trata-se, de um importante vetor para conduzir o processo de diminuição das desigualdades sociais, constituindo, portanto, o direito à saúde um marco contextual “capaz de irradiar ideias e recursos na busca por equidade no mundo” (RAMOS, 2014, p. 183). Isso demonstra o caráter complexo do direito à saúde. Conforme o pensamento de John Rawls (2000), a sociedade pode ser encarada enquanto uma associação mais ou menos autossuficiente de pessoas que, em suas relações mútuas, reconhecem a necessidade de estabelecer e cumprir regras de condutas obrigatórias que especifiquem um sistema de cooperação elaborado para promover o bem daqueles que o integram.

Por conta disso, conforme será demonstrado, o autor defende que o objeto primário da justiça é a estrutura básica da sociedade, especificamente no que diz respeito a maneira que as instituições sociais mais importantes distribuem direitos e deveres fundamentais, determinando a divisão de vantagens provenientes da cooperação social.

Isto é dizer que a justiça em uma sociedade depende de como serão atribuídos direitos e deveres fundamentais, além das oportunidades econômicas e condições sociais que existem em seus

diversos setores. Nesse sentido, ele afirma que a ideia norteadora é que os princípios da justiça para a estrutura básica da sociedade são o objeto do consenso original.

Com base nesses princípios, pessoas livres e racionais que buscam promover seus próprios interesses aceitariam uma posição de igualdade como meio de definir os termos fundamentais de sua associação, pois regulariam todos os acordos subsequentes e especificariam a cooperação social que cada um poderia assumir e as formas de governo a serem estabelecidas. É o que o autor define enquanto “justiça como equidade”. No entanto, através dessa lógica, considerando a importância do direito à saúde e a noção de justiça, resta claro que os cuidados de saúde dispendidos à mulher devem também ser considerados justos. Apesar disso, o que se nota na realidade é uma expressiva atribuição de tratamentos inadequados às mulheres dentro do sistema de saúde.

O objetivo deste estudo foi demonstrar que um tratamento de saúde humanizado possibilita um acesso à saúde mais justo na medida em que a mulher, durante a gravidez, período caracterizado pela vulnerabilidade, frequentemente recebe tratamentos ofensivos, tornando a experiência do parto um procedimento meramente cirúrgico.

MÉTODO

Este artigo faz uma revisão bibliográfica sobre a importância do tratamento humanizado para a saúde da mulher, analisando-o enquanto uma questão de justiça. Para isso, o tema foi desenvolvido utilizando como marco teórico a teoria de justiça de John Rawls.

Para compreender o problema da pesquisa, foram apresentados conceitos acerca da “justiça”, “humanização”, assim como “violência”, “parto” e “obstetrícia” para chegar-se ao termo “violência obstétrica”; realizando-se, por fim, uma análise acerca do tratamento humanizado como uma hipótese que pode determinar menos danos à saúde da mulher e à saúde do bebê, configurando-se enquanto uma questão de justiça.

Para demonstrar as questões propostas, foi feito um levantamento bibliográfico de artigos obtidos em diferentes bancos de dados e indexadores, publicados na íntegra em português e acessados de forma gratuita no período de agosto de 2019 a julho de 2020. Foram selecionadas revistas científicas na área do Direito Sanitário e da Saúde Coletiva, com extratos elevados, *qualis* A e B. Utilizou-se, ainda, dados constantes em documentos oficiais disponibilizados nos sites do Ministério da Saúde brasileiro, do estudo Nascer no Brasil e da Organização Mundial de Saúde, tendo essa pesquisa se dado entre agosto de 2019 a julho de 2020, através dos descritores “violência obstétrica”, “parto e violência contra a mulher”, “violência obstétrica” e “OMS” entre outros nos sítios de busca. Após o levantamento bibliográfico, fez-se a leitura exploratória e, em seguida, foram separados os artigos mais relevantes. Por fim, fez-se uma leitura sistemática para a composição do material a partir de categorias de análises que dão nomes aos tópicos que compõem o trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Breves considerações acerca do tratamento de saúde humanizado

Atualmente o conceito de saúde é compreendido a partir de um amplo rol de ciências que não se limita à medicina, alcançando a sociologia, a antropologia, a filosofia e o próprio direito. No

entanto, por muito tempo, reduziu-se à dicotomia existente entre saúde e doença, de modo que se compreendia a primeira enquanto a ausência da segunda (CURREA-LUGO, 2005).

Durante os períodos de guerra, as atrocidades eram realizadas, não raramente, pelo próprio Estado, que não tratava com a devida importância as condições de vida humana, o que refletia em implicações diretas na saúde. Com o término da II Guerra Mundial, ficou evidente o reconhecimento de que a saúde de uma população se relaciona às suas condições de vida e de que os comportamentos humanos podem constituir-se em ameaça à saúde do povo, colocando em risco a segurança do próprio Estado. A perspectiva de reconstrução dos direitos do homem ganhava então, a partir disso, um novo elemento, a noção de solidariedade entre os povos (DALLARI & NUNES, 2010).

Por conta desse contexto, em 1945, foi fundada a Organização das Nações Unidas (ONU), com sede nos Estados Unidos. Uma organização internacional formada por países que se reuniam de maneira voluntária com o objetivo de trabalhar em busca da paz e desenvolvimento mundiais, dividida em seis órgãos principais: Assembleia geral, Conselho de Segurança, Conselho Econômico e Social, Conselho de Tutela, Corte Internacional de Justiça e o Secretariado.

O movimento de configuração positiva dos direitos sociais iniciou-se no âmbito da ONU, que já na Declaração Universal de Direitos Humanos, em 1948, estabeleceu em seu dispositivo XXV a garantia de que todos têm direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis; e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Conforme já mencionado, com a criação da OMS surge um conceito de saúde que passa a ser aceito universalmente traduzido na ideia de um estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade. Isto é dizer que, ao ser compreendido como um bem público global universal e prioritário, o direito a saúde é um importante vetor para conduzir o processo de diminuição das desigualdades sociais, constituindo, portanto, o direito à saúde, um marco contextual “capaz de irradiar ideias e recursos na busca por equidade no mundo” (RAMOS, 2014, p. 183). Resta, portanto, demonstrado o caráter complexo do direito à saúde.

A partir daí, pode-se afirmar que o cenário mundial da saúde sofreu fortes alterações e nunca mais foi o mesmo. Os avanços foram surgindo, e, embora tímidos e discretos em alguns casos, produziram grandes impactos e um novo sentido de saúde passou a permear os padrões almejados.

Saúde então passa a se relacionar com a possibilidade de desenvolvimento de atividades do cotidiano, não se restringindo mais aos estudos dos fatores biológicos, microbiológicos ou das enfermidades, mas procura compreender os fatores sociais (BARATA, 2005). O novo conceito agora incorpora a noção de equilíbrio, bons hábitos, conhecimentos básicos acerca de cuidar-se, higiene, práticas de exercícios físicos, entre outros.

É nesse contexto que emerge a urgência de um tratamento de saúde humanizado, que pode ser compreendido enquanto um compromisso das tecnociências da saúde com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados enquanto bem comum (AYRES, 2006).

Essa humanização aspira a horizontes capazes de escapar à restrição da conceituação de saúde ao problema tecnocientífico estrito de riscos tal como fez a Organização Mundial da Saúde (OMS) ao expandir a conceituação de saúde. Isso porque o momento assistencial requer a fuga de uma objetivação “dessubjetivadora” (AYRES, 2006, p.68), isto é, de uma interação focada no objeto de intervenção a ponto de se deixar de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se

realizam. Deve-se compreender que o tratamento dispendido a um paciente se articula com um cuidar que vai além da aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar o estado de saúde almejado pelo paciente, mas o exame da relação entre finalidades e meios.

É essa ideia que resume o tratamento mais humanizado, o reconhecimento de que pessoas buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeito de direitos, observando a individualidade de cada paciente, ampliando as possibilidades para o exercício de sua autonomia. Esse empenho do profissional de saúde é de extrema importância, pois o indivíduo acometido pela doença sofre e precisa ser confortado com o mesmo empenho dedicado ao combate da sua doença (SIMÕES *et al.*, 2007). Reconhece-se que os riscos relacionados à vida são os principais objetos de atenção da equipe de saúde, mas, apesar disso, é necessário compreender a situação de crise do paciente como algo que se estende pelo físico, psicológico e social, devendo, portanto, a equipe médica buscar por um atendimento integrativo com o paciente (SIMÕES *et al.*, 2007). Tal é a importância desta forma de tratamento que nos últimos anos a assistência humanizada vem sendo regulamentada por normativas governamentais, conforme será desenvolvido posteriormente.

Ressalta-se que há a busca por esse tratamento humanizado em qualquer caso de saúde, respeitando-se os limites da atuação profissional e que este deve ser buscado de maneira igual para todas as pessoas pautando-se, principalmente, no direito à igualdade e na busca pela dignidade humana de todos.

O conceito de desigualdade estudado a partir da presente pesquisa não está reduzido apenas a diferenças entre indivíduos ou grupos de indivíduos definidos com base em características biológicas, estando repleta de conteúdo político e conotações de injustiça social e desrespeito aos direitos humanos (BARATA, 2009).

Aspectos da teoria de Justiça de John Rawls

As questões sociais são permeadas pela noção de injustiça, isso porque a administração dos bens da sociedade os distribui de forma desigual. Foi nesse sentido que John Rawls pensou em sua teoria de justiça distributiva, trabalhada sobre três conceitos básicos: posição original, os princípios de justiça e o consenso sobreposto. O que o presente trabalho pretende abordar é a justiça no acesso a saúde e saúde humanizada.

A saúde possui um papel fundamental no desenvolvimento dos indivíduos dentro da estrutura social, sendo certo que sua não concretização possui fortes impactos nos planos de vida de cada cidadão.

Para Rawls (2002), a justiça é a primeira virtude das instituições sociais, de modo que leis e instituições precisam ser reformadas ou abolidas sempre que forem injustas, ainda que eficientes e bem organizadas. Isso porque cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem mesmo o bem-estar da sociedade como um todo pode ignorar. Por isso, não há a possibilidade de se justificar a perda da liberdade de alguns por um bem maior partilhado pelos outros, não se permitindo sacrifícios impostos a uns para que outros tenham maior vantagens desfrutadas (RAWLS, 2000). Percebe-se que o intuito de Rawls é focar na estrutura básica da sociedade (SILVEIRA, 2011).

Conforme a teoria da justiça distributiva, a sociedade pode ser encarada enquanto uma associação razoavelmente autossuficiente de pessoas que, em suas relações mútuas, reconhecem a

necessidade de estabelecer e cumprir regras de condutas obrigatórias que especifiquem um sistema de cooperação elaborado para promover o bem daqueles que o integram. Essa cooperação social possibilita que todos dentro dessa sociedade tenham uma vida melhor do que qualquer um teria se dependesse de seus próprios esforços (RAWLS, 2000).

É nesse ponto que impera a necessidade de um conjunto de princípios que possibilite escolher entre as várias ordenações sociais que determinam como se dará essa divisão de vantagens e que possa selar um acordo a respeito das partes distributivas adequadas – é o que a teoria rawlsiana define como “princípios da justiça social” (RAWLS, 2000). Trata-se, portanto, de um contrato social hipotético em que há transferência da equidade das circunstâncias para equidade dos princípios aceitos, expondo a justiça procedimental em seu nível mais alto (SILVEIRA, 2011). Por meio desses princípios são fornecidos um modo de atribuir direitos e deveres nas instituições básicas da sociedade, pois eles definem a distribuição apropriada dos benefícios e encargos da cooperação social, sendo a aceitação destes considerada a base da legitimidade (RAWLS, 2000).

Daí porque o teórico afirma que o objeto primário da justiça é a estrutura básica da sociedade. As instituições sociais mais importantes distribuem direitos e deveres fundamentais, determinando também a divisão de vantagens provenientes da cooperação social (SCANLON, 1973), seus efeitos são profundos e estão presentes desde o início. Nesta estrutura, as desigualdades afetam todas as possibilidades de vida dos seres humanos, por isso a importância dos princípios (RAWLS, 2000).

Segundo o pensamento do autor, a justiça em uma sociedade depende de como serão atribuídos direitos e deveres fundamentais, além de oportunidades econômicas e condições sociais que existem em seus diversos setores. É nesse sentido que os princípios de justiça por ele estabelecidos seriam aceitos por pessoas livres e racionais, em posição de igualdade, que buscam promover seus próprios interesses, pois eles regulariam todos os acordos subsequentes e especificariam a cooperação social que cada um poderia assumir e as formas de governo a serem estabelecidas. É o que Rawls define por “justiça como equidade” (RAWLS, 2000, p. 12).

Através dessa ideia, a posição original seria o estado de natureza tradicional do contrato social, sendo uma situação hipotética caracterizada pela condução de uma concepção de justiça que tem como característica essencial que nenhum indivíduo tenha conhecimento de seu lugar na sociedade, de modo que ninguém conhece sua sorte na distribuição de dotes, habilidades naturais, inteligência, força e coisas semelhantes (RAWLS, 2000). Esses princípios seriam escolhidos debaixo do que o autor define por “véu da ignorância”, que tem por ideia principal estabelecer um processo equitativo a fim de que qualquer princípio aceito seja justo (RAWLS, 2000). Assim, será possível alcançar um acordo sobre os princípios relacionados a estrutura básica, supondo que as partes viverão toda a sua vida nessa sociedade (SILVEIRA, 2011).

Rawls (2000) desenvolve seu pensamento acerca do véu da ignorância como um meio de assegurar que ninguém se favoreça ou desfavoreça na escolha dos princípios, pelo resultado da escolha, considerando que, sob este, todos estariam numa situação semelhante e sem a possibilidade de favorecimento particular, sendo tudo resultado de um consenso.

Ponderando o contexto desta teoria, supõe-se que serão escolhidas uma constituição e uma legislatura para a elaboração de leis, tudo conforme os princípios inicialmente acordados. Sendo assim, a situação social de determinada realidade será justa se, por meio desses consensos hipotéticos, houver uma vinculação por um sistema de regras que a definem (RAWLS, 2000).

Conforme o pensamento de Rawls (2000), a injustiça se constitui a partir de desigualdades que não beneficiam a todos. Isso porque todos os valores sociais devem ser distribuídos de maneira igualitária a menos que a distribuição desigual de um ou de todos esses valores traga desvantagens para todos os indivíduos.

A justiça como equidade é uma visão igualitária que elabora uma concepção como visão autônoma que parte da ideia fundamental da sociedade enquanto um sistema equitativo de cooperação e suas ideias associadas, que, espera-se, possam ser objetos de um consenso sobreposto razoável. Esses princípios, então, são objetos de um procedimento justo (RAWLS, 2003).

Por conta disso, pode-se afirmar que John Rawls pretende, através de sua teoria de justiça, cada indivíduo tenha garantida a sua liberdade plena de forma igualitária, permitindo a este que escolha e busque uma vida adequada desde que observados os limites dos demais indivíduos.

O tratamento humanizado enquanto questão de justiça: o retrato da violência obstétrica

Segundo se depreende da teoria de justiça de John Rawls, cabe às instituições a garantia, para todos os indivíduos, de igual chance de concretização de seus planos, considerando a posição inicial de cada integrante da sociedade, que possa ser privilegiado por seus talentos ou habilidades. É, nesse sentido, que a presente pesquisa busca afirmar a necessidade de que essa justiça alcance os serviços de saúde, especificamente a saúde da mulher quando da garantia de um tratamento humanizado.

Compreende-se que um tratamento justo não permite a dispensação de tratamentos com traços de violência ou indiferença. Como se sabe, os cuidados de saúde possuem papel fundamental para a garantia e proteção das liberdades e oportunidades de vida das pessoas, pois trata-se de um bem valioso que influencia na concretização dos planos racionais de vida (RAWLS, 2000; PARANHOS *et al.*, 2018).

Logo, entende-se como sociedade justa aquela que permite aos seus indivíduos um alto grau de liberdade de escolha dentre as opções de vida disponíveis, isto é, que o cidadão escolha entre as opções de vida aquela que mais se ajustar à sua própria concepção de “vida boa”. Assim, cabe às políticas públicas igualar o estado de saúde para os diferentes grupos sociais e, mais que isso, buscar a igualdade de oportunidades de saúde saudáveis conforme cada caso específico de vulnerabilidade (BARATA, 2009). Nesta pesquisa, o exemplo de situação peculiar de vulnerabilidade a ser trabalhado é a violência obstétrica, buscando-se demonstrar a importância do tratamento humanizado para a mulher para garantir acesso à uma saúde justa.

A desumanização é encontrada em situações em que são vivenciados, por parte do profissional ou do usuário, momentos de violência através de maus tratos físicos e psicológicos, que refletem a negação dos direitos dos pacientes (SIMÕES *et al.*, 2007).

A partir deste ponto, ilustra-se na presente pesquisa um caso comum em que resta clara a identificação do tratamento desumanizado atribuído à mulher. Prática que, como já analisado, deve ser combatida, uma vez que não há correspondência entre tratamentos desumanizados e a noção de justiça aqui apresentada.

O conceito de humanização de saúde envolve atitudes, práticas, condutas e conhecimentos pautados no desenvolvimento saudável dos processos de parto e nascimento respeitando a individualidade e valorizando as mulheres (BRASIL, 2002).

Conforme descreve o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000, são prioridades à gestante, ao recém-nascido e à mãe concentrar esforços para redução de altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal no país; a adoção de medidas para assegurar melhor acesso, cobertura e qualidade de acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliação das ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, tais como investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco (BRASIL, 2002).

O objetivo principal do PHPN é assegurar a melhoria de acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido na perspectiva dos direitos de cidadania. Trata-se de compreender o parto enquanto uma experiência verdadeiramente humana, tal como acolher, ouvir, orientar e mesmo criar vínculos, considerando o momento vivenciado pela mulher (BRASIL, 2002).

Nota-se que o programa se aproxima daquilo que desenha o conceito de justiça de John Rawls. Esse pensamento alinhado em ambos os casos demonstra, portanto, a necessidade e importância de um tratamento humanizado.

Essa humanização compreende ainda dois aspectos fundamentais: relaciona-se à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido – o que exige ética e solidariedade por parte dos profissionais de saúde, além de uma instituição organizada para criar um ambiente acolhedor e uma rotina hospitalar que rompa com o isolamento imposto à mulher; e a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que com frequência submetem mãe e filho a riscos desnecessários (BRASIL, 2000).

Apesar disso, o que se vê na realidade são procedimentos pautados na violência. De fevereiro de 2011 a outubro de 2012 foi realizado o estudo nacional “Nascer no Brasil”, em maternidades públicas, privadas, e privadas conveniadas ao SUS, compreendendo 266 hospitais de médio e grande porte, localizados em 191 municípios, incluindo capitais e cidades do interior de todos os estados do Brasil.

O objetivo desta pesquisa foi conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, abrangendo os casos de cesarianas que se deram desnecessariamente, as intervenções médicas durante o puerpério e o período neonatal; além de descrever a estrutura das instituições hospitalares quanto à qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva para adultos e neonatos.

Como resultado relativo ao parto, a pesquisa concluiu que a maioria das mulheres teve seu filho por meio de cirurgia cesariana, cerca de 52% dos casos sem haver justificativa clínica para tal percentual elevado, que, ao ser analisado apenas no setor privado sobe para 88%. Ainda, entre as gestantes que tiveram parto vaginal foi possível observar a predominância de um modelo de atenção extremamente medicalizado sem evidências científicas como base. Isto é:

A maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicamentos para acelerar as contrações (ocitocinas), foi submetida à episiotomia (corte entre a vagina e o ânus) e deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando sua barriga (manobra de Kristeller) (LEAL *et al.*, 2012, p.3).

Apenas 5% do total de mulheres teve a chance de vivenciar um parto sem intervenções negativas, sendo esse dado um padrão que se distribui igualmente por todas as regiões geográficas e tipos de serviço de saúde, o que comprova a medicalização como uma prática disseminada por todo o país (LEAL *et al.*, 2012). Em muitos casos, como ficou demonstrado através dos dados citados, a paciente é despersonalizada, sendo identificada pelo procedimento ao qual se submeterá, ignorando-se sua história, seus sentimentos e suas expectativas em um momento tão significativo quanto o parto (SIMÕES *et al.*, 2007).

Pode-se afirmar, portanto, que não há um tratamento de saúde justo dispendido às mulheres em um momento primordial de sua vida, situação que requer mudanças urgentes. Estas mudanças, entretanto, dependem de um conjunto de fatores: estrutura física dos hospitais, elaboração de leis que corroborem com as práticas de humanização, e a inserção de disciplinas nos cursos superiores que demonstrem a relação entre justiça e humanização, a fim de que fique demonstrado a partir da base dos profissionais da saúde a imprescindibilidade de um bom tratamento aos pacientes.

CONCLUSÃO

Conforme se depreende da presente pesquisa, existe uma forte relação entre um tratamento de saúde justo e a implementação dos cuidados humanizados, especialmente no que se refere à mulher e o momento que antecede o parto, durante o parto e o pós-parto. Esse tratamento humanizado se refere a um conjunto de práticas que proporcionam a mulher maior segurança e preservam a natureza histórica de um momento tão significativo quanto o nascimento do filho.

No entanto, para que isso se dê da melhor forma possível e, principalmente de forma justa, é necessário que a mulher tenha preservada a autonomia sobre seu próprio corpo, garantindo um processo decisório livre de decisões externas ou intervenções desnecessárias que a coloque em risco ou arrisque a vida do recém-nascido.

Nesse sentido, importa que a mulher tenha conhecimento de seus direitos e reforça-se que toda a equipe envolvida no processo de cirurgia para o nascimento da criança tenha uma prévia noção da necessidade dos tratamentos humanizados e da influência que este tem na efetivação de um atendimento de saúde justo e adequado. Tal noção deve ser trabalhada durante toda a formação profissional da equipe envolvida, com a finalidade de desmecanizar a forma de lidar com os pacientes, e desmedicalizar o parto, que precisa deixar de ser compreendido apenas como um procedimento cirúrgico comum e ser entendido como um momento marcante que integrará para sempre a vida da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F., comp. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, 414 p. Criança, mulheres e saúde collection.
- BARATA, R.B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- BARATA, R.B. Epidemiologia social. Revista brasileira de epidemiologia, v. 8, p. 1, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- CURREA-LUGO, V. La salud como derecho humano: 15 requisitos y una mirada a las reformas. Cuaderno Deusto de Derechos Humanos. Nº 32. Bilbao. Universidad de Deusto, 2005.
- DALLARI, S.G. & NUNES JUNIOR, V.S. Direito Sanitário. São Paulo: Editora Verbatim, 2010.
- LEAL, M.C. *et al.* Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em 07 nov 2020.
- RAWLS, J. Justiça como equidade: uma reformulação. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- RAWLS, J. Uma Teoria da Justiça. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- RAMOS, E.M.B. Universalidade do Direito à saúde. São Luís: EDUFMA, 2014.
- SCANLON, T.M. Rawls' Theory of Justice. University of Pennsylvania Law Review, v. 121, p. 1020, 1973.
- SILVEIRA, D C. Justificação pública: a função da ideia de estrutura básica da sociedade em Rawls. Kriterion, v. 52, p. 197, 2011.
- SIMÕES, A.L.A. *et al.* A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. Revista Mineira de Enfermagem, v. 11, p. 81, 2007.

87

COVID-19: O REFLEXO NA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE, João Pessoa, PB.

² Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Santa Maria – FSM, Cajazeiras, PB.

³ Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário Facisa – UNIFACISA, Campina Grande, PB.

AUTORES

CAMILLA ROLIM PAGELS¹

CARLOS EMANUEL DE SÁ PEREIRA NOBREGA²

CARLOS KLAUDIEL LIMA SIMPLICIO¹

EMILLY BRUNA SOARES RODRIGUES¹

IANNY COSTA MOURA DE PAIVA¹

ISADORA RIBEIRO LIMA PEREIRA¹

LETÍCIA QUEIROZ DE ALMEIDA MACIEL¹

MARCOS ANTÔNIO SOUTO MAIOR NETO³

**MARIA EDUARDA BITTENCOURT DE LUCENA
BEZERRA¹**

NATHALIA MARIA MENEZES FIALHO¹

RENAN BARACUHY CRUZ VIANA¹

SAULO WANDERLEY FILHO¹

Palavras-chave: Mulher; Violência; Pandemia.

INTRODUÇÃO

O isolamento social é o ato de separar um indivíduo ou um grupo do convívio com o restante da sociedade. Podendo ser voluntária ou forçada. Quando há uma imposição de um isolamento social por parte dos governadores e dos líderes das nações seja por guerra, pandemia ou até mesmo um toque de recolher provocado pelo aumento dos índices de violência repentinamente em uma região, para que a população não fique exposta diretamente a casos de assalto, por exemplo, o isolamento é forçado. Entretanto, quando o próprio indivíduo ou grupo de convívio se isola voluntariamente por questões de saúde mental, como depressão ou outras doenças psiquiátricas; por questões sociais ou por questões religiosas, como os amishes que optam pelo isolamento social do grupo para manter o que chamam de pureza religiosa da comunidade, há um isolamento social voluntário.

O isolamento social, sendo de qualquer de seus tipos, pode ter consequências graves. No caso da pandemia da COVID-19, por exemplo, os governos estão impondo quarentena e distanciamento social, que opera por meio do fechamento de comércio, do transporte público e de

escolas, como forma de conter o avanço do vírus. Essas mudanças geram consequências e afetam principalmente os grupos mais vulneráveis, especialmente as mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Os tipos de violência existentes são a física: tapas, murros, empurrões, puxões de cabelo, pontapés, arranhões, prender, tentar afogar, provocar queimaduras produzindo danos ao corpo e podendo causar a morte (feminicídio); psicológica: humilhações, xingamentos, chantagem, comentários maldosos, fazer com que a mulher acredite que está louca, exposição íntima na internet sem a permissão da mulher (vídeos/fotos), controle de ações, crenças e vontades; sexual: ou estupro, e qualquer ação em que a mulher é ameaçada ou forçada a presenciar ou manter relação sexual sem seu consentimento, inclusive com o marido; patrimonial: tomar, esconder, subtrair, destruir documentos pessoais, de trabalho, bens e dinheiro da mulher e também impedi-la de receber salário, pensões, indenizações; e moral: calúnia, insultos ou difamação, injúria e exposição íntima na internet (vídeos e/ou fotos) sem permissão da mulher.

No Brasil, segundo a Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ONDH), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), entre os dias 1º e 25 de março, mês da mulher, houve crescimento de 18% no número de denúncias registradas pelos serviços Disque 100 e Ligue 180. Desse modo, evidenciando um aumento do número de ligações para o canal denuncia de violência doméstica na quarentena, que é desencadeada por causa da coexistência forçada, do estresse econômico e de temores sobre o coronavírus. O confinamento, de certa forma, obriga as vítimas a conviverem com seus agressores por longos períodos, que, na maioria das vezes, é um familiar ou então uma pessoa muito próxima.

Diante disso, o MMFDH criou medidas para conter, combater e prevenir essa crítica situação que as mulheres estão enfrentando. Entre elas, podemos citar as plataformas digitais dos canais de atendimento da ONDH, as quais funcionam como uma extensão de ajuda no Disque 100 e Ligue 180. O Ligue 180 é uma Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência que funciona de maneira gratuita e confidencial, todos os dias, por 24 horas, incluindo os finais de semana e feriados. Por isso, durante a quarentena é essencial reforçar os mecanismos que ajudam essas mulheres a denunciar, propondo soluções para preservar os direitos e a vida das mulheres no futuro. Constatar o reflexo do isolamento da COVID-19 na violência contra a mulher.

MÉTODO

O início do estudo foi executado com a formação teórica através de uma pesquisa bibliográfica sobre os transtornos ocorridos durante a quarentena pela COVID-19 e a partir disso foi analisado o aumento dos casos de violência doméstica. Assim, tendo o objetivo de reunir as informações e dados para servir como base para a construção da investigação proposta a partir do tema.

Desta forma, essa pesquisa é um estudo transversal e descritivo, de caráter quantitativo, através de artigos publicados na base de dados SciELO, LILACS e Pubmed, na qual foram correlacionados a quarentena pela COVID-19 e o aumento da violência contra as mulheres.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com grande parte do mundo sob isolamento social, um dos efeitos da pandemia é o aumento na violência contra as mulheres. Com o confinamento, homens que já apresentavam histórico de

agressividade, agravaram seus desvios, porque as mulheres agora estão “presas” nos ambientes com seus agressores. No atual contexto da pandemia, além da violência sofrida em casa, as mulheres passam por dificuldades adicionais para fugir dessas situações de violência ou acessar ordens e serviços essenciais de proteção para salvar suas vidas, devido a fatores como cortes orçamentários, fechamento ou redução da jornada de trabalho dos serviços de proteção e restrições ao movimento em quarentena.

Segundo dados da secretaria de Segurança de São Paulo, divulgados em 15 de abril de 2020, os assassinatos de mulheres em casa dobraram nessa cidade durante quarentena pela COVID-19. Foi notificado também, segundo dados do Ligue 180, o aumento de aproximadamente 9% no número de ligações para denúncias. Além disso, na China, os registros policiais de violência doméstica triplicaram durante a pandemia e na Itália, na França e na Espanha também foi observado aumento na ocorrência de violência doméstica após a implementação da quarentena domiciliar obrigatória.

Ademais, o suporte social diminuiu com o fechamento de creches, estabelecimentos de ensino ou religiosos, serviços de proteção à mulher, como delegacias e centros de referência à violência doméstica. Tudo isso constitui um risco maior para aquelas mulheres que convivem com seus agressores, pois as impedem de obter algum tipo de auxílio ou apoio social. As Unidades Básicas de Saúde, sobretudo em comunidades mais vulneráveis e os hospitais tem priorizado os casos do COVID-19, o que pode gerar uma carência no atendimento relacionado com outras questões de saúde. Além disso, a redução da oferta de serviços foi acompanhada pelo decréscimo na procura, pois as vítimas podem não os buscar em função do medo do contágio com a doença COVID-19.

Existem medidas preventivas criadas pelo MMFDH para combater e reduzir essa situação alarmante, como plataformas digitais dos canais de atendimento da ONDH, sendo uma extensão de ajuda para que se tenha o alcance no Disque 100 e Ligue 180. Este último, o Ligue 180, é a Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, tendo sob amparo a Lei Maria da Penha, sendo um serviço gratuito e confidencial, que funciona 24 horas, todos os dias, incluindo fins de semana e feriados. Tem como objetivo receber denúncias de violência, reclamações sobre os serviços da rede de atendimento à mulher e de orientar as mulheres sobre seus direitos e sobre a legislação vigente, encaminhados para outros serviços quando necessário.

A plataforma digital criada chama-se Direitos Humanos Brasil, que tem o princípio de proteger os direitos da vítima, levando o Disque 100 e Ligue 180 para o digital, devido à impossibilidade de as mulheres conseguirem um tempo reservado para fazer sua ligação. Além da denúncia a partir da própria vítima, pessoas próximas, como vizinhos, podem enviar fotos, vídeos ou documentos que comprovem aquela situação de violência e, fora isso, o aplicativo serve para violência contra idosos e crianças também.

Além dessas medidas, o MMFDH, em parceria com a empresa Avon e outras 10 instituições da sociedade civil e do poder público, integram o programa “Você Não Está Sozinha”, iniciando com conteúdo que ajuda vítimas a identificarem a violência. Em seguida, expandiu para doações de cestas básicas às mulheres de elevada vulnerabilidade e com necessidades, além de uma rede de apoio psicológico e jurídico. Posteriormente, estas organizações também criaram a campanha do “Sinal vermelho contra a violência doméstica” (Figura 1) em parceira com Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e a Associação dos Magistrados Brasileiros, a fim de incentivar as vítimas a

desenharem o sinal na mão e exibi-lo para atendentes ou farmacêuticos nas farmácias em forma de denúncia.

Figura 1. Imagem da campanha “Sinal vermelho contra a violência doméstica” realizada pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos em 2020



Fonte: Associação dos Magistrados Brasileiros, 2020.

A Ordem dos Advogados do Brasil também prestou auxílio à situação, encaminhando ao CNJ e ao MMFDH algumas sugestões a fim de combater o aumento da violência doméstica durante o isolamento social. Dentre elas, a prorrogação automática de medidas protetivas e criação de campanhas para divulgar os canais de apoio.

É sabido que o isolamento social causa um grande impacto na saúde mental das pessoas, tanto na do agressor, que pode resultar em maiores índices de agressões ou até mesmo no surgimento de um primeiro ato de violência contra a mulher, como na saúde mental da própria mulher, a qual sofre com essa problemática diariamente e acaba se frustrando por muitas vezes não conseguir tomar as medidas essenciais para suprimir a situação. Além da insegurança econômica, causada pela perda de emprego durante a pandemia, locais de apoio fechados e transtornos mentais em si, que podem agravar a piora da saúde mental dessas pessoas.

Portanto, passou a ser autorizada a prestação de serviços psicológicos por meio da plataforma e-Psi durante o isolamento social. Esta permite a consulta entre o paciente e o psicólogo em tempo remoto. Mesmo quando houve sobrecarga do site no início de sua utilização, foi permitido a realização de consultas antes mesmo da liberação do cadastro, para que houvesse máxima minimização do agravo da situação atual.

Além de todas as medidas formais, as mulheres ainda contam com ajudas informais, por meio de grupos de Whatsapp®, nos quais facilitam a denúncia entre si de forma disfarçada, sem ligações ou acessos a sites de denúncia, para não deixar indícios para o seu agressor.

Estatísticas de outros países

Compreende-se que, assim como a COVID-19 tomou dimensão mundial, o aumento exacerbado de casos de violência doméstica também tomou proporções mundiais. Nos últimos meses, a violência doméstica chegou a triplicar em países que aderiram o distanciamento social, segundo a Organização das Nações Unidas. O Ministério da Família e da Igualdade de Oportunidades, registrou, na Itália, no período de abril, um aumento de 161,71% nas denúncias

telefônicas. Já na América do Sul, especialmente na Argentina, a taxa de aumento foi de 39%, seguida dos EUA que registrou 12% de aumento entre março e maio, conforme os atendimentos da Linha Nacional de Violência Doméstica dos Estados Unidos. No território americano, o problema é agravado pelo funcionamento parcial da justiça durante a pandemia. Neste período pode haver diversas dificuldades, como a subnotificação em que não consegue se comunicar, acessar os canais de denúncia e até mesmo para chegar fisicamente até um local de denúncia com horários reduzidos, sendo estes registros fundamentais para tentar interromper o ciclo da violência e, conseqüentemente, a contenção da violência final, o feminicídio.

CONCLUSÃO

Portanto, a pandemia pelo COVID-19 afetou diretamente as mulheres, havendo um aumento significativo nos casos de agressões. Por essa situação, elas perderam as forças devido à falta do convívio social com os parentes, perda de empregos e o contato diário com o agressor, o qual se aproveita da situação para calá-las ainda mais. As vítimas se sentem ainda mais presas e encurraladas com a falta de socorro nesse momento, tendo que buscar opções alternativas, como pedir ajuda, indiretamente, nas redes sociais para que o agressor não desconfie, entre outras formas não funcionais. Em países como Itália, França, Espanha, China, Argentina, México e Brasil, os casos aumentaram bastante durante a pandemia, o que motivou a criação de medidas preventivas. Com isso, a ONDH foi estimulada a criar medidas para combater essa situação crítica em que vivem as mulheres, ajudando a reduzir o número de casos de abuso e agressões em plena pandemia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, J. *et al.* Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela COVID-19. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/328/592>>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

GOVERNO FEDERAL. Governo lança canais digitais de atendimento para enfrentamento à violência doméstica durante a pandemia. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/governo-lanca-canais-digitais-de-atendimento-para-enfrentamento-a-violencia-domestica-durante-a-pandemia>>. Acesso em: 24 de maio de 2020.

GOVERNO FEDERAL. Ligue 180. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/ligue-180>>. Acesso em: 23 de maio de 2020.

GOVERNO FEDERAL. Ministério firma parceria com a Avon para enfrentar violência doméstica durante a pandemia. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/ministerio-firma-parceria-com-a-avon-para-enfrentar-violencia-domestica-durante-a-pandemia>>. Acesso em: 23 de maio de 2020.

MARQUES, E.S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, e00074420, 2020.

PORFÍRIO, F. Isolamento Social; Brasil Escola. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/isolamento-social.htm>>. Acesso em 23 mai. 2020.

SALDANHA, N. & HENRIQUE, F. CNN Brasil. Violência contra mulheres aumenta nos EUA em período de isolamento social. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/2020/05/22/violencia-contra-mulheres-aumenta-nos-eua-em-periodo-de-isolamento-social>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

SCHMIDT, Beatriz; CREPALDI, Maria; BOLZE, Simone; SILVA, Lucas; DEMENECH, Lauro. Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/58/69>>. Acesso em: 24 de maio de 2020.

Sinal Vermelho Contra a Violência Doméstica. Associação dos Magistrados Brasileiros., 2020. Disponível em: <<https://www.amb.com.br/sinalvermelho>>. Acesso em: 23 mai. 2020.

VIEIRA, P. *et al.* Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? Disponível em: <<https://blog.scielo.org/wp-content/uploads/2020/04/1980-5497-rbepid-23-e200033.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2020.

88

ADAPTAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

FILIAÇÃO

¹ Acadêmicas do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Betim.

² Professor do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Médico especialista em saúde sexual e sexologia clínica. Mestre em Saúde Brasileira pela UFJF e Doutor em Saúde da Mulher pela UFMG.

AUTORES

PAMELA ANDREA ALVES DURÃES¹

VITÓRIA APARECIDA CUNHA¹

EDUARDO SIQUEIRA FERNANDES²

Palavras-chave: Gravidez, Adaptação Fisiológica, Brasil.

INTRODUÇÃO

Gerar um novo indivíduo é um processo complexo em que se faz necessário uma ampla alteração do organismo materno, com a intenção de se adaptar às condições essenciais para a promoção da nutrição, do crescimento e desenvolvimento adequados do feto. Essas alterações do metabolismo materno ocorrem de forma fisiológica e promovem mudanças que, poderiam ser vistas nos exames laboratoriais como patológicas, porém, são adaptações ocorridas com o propósito de favorecer um ambiente estável ao feto e propiciar a preparação materna para o parto. O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão acerca das adaptações fisiológicas ocorridas no organismo materno durante o período gestacional e fornecer uma orientação do cuidado à gestante frente a essas alterações.

MÉTODO

Realizou-se revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS: LILACS, MEDLINE, SciELO), PubMed, Cochrane e Trip Database, além das bases de dados do portal de periódicos da CAPES. Os idiomas usados na pesquisa foram o inglês e português e a busca respeitou as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) criados pela BVS. Os unitermos usados na busca foram: “*pregnancy*”, “*physiological adaptation*” e “*Brazil*” e os operadores ON / AND foram utilizados para cruzar os descritores pesquisados.

Foram encontrados 156 artigos, entre artigos originais, de revisão bibliográfica e estudo de caso, publicados entre os anos de 2015 e 2020. Quinze artigos, de natureza quali-quantitativa, foram selecionados atendendo aos critérios de inclusão relativos ao delineamento do estudo realizado, qualidade do periódico e período de abrangência. Para fins de exclusão, todos aqueles que não se inseriam nos critérios de seleção e inclusão foram desconsiderados na análise. Para complementação do estudo, foi realizada uma consulta às principais bibliografias referência em Saúde da Mulher para produzir esta revisão de literatura. Por se tratar de revisão bibliográfica, não foi necessário requerer aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A compreensão das alterações ocasionadas pela gestação no metabolismo materno é fundamental para uma natalidade exitosa e para qualquer intervenção durante o período gravídico, seja esta direta ou indireta. As modificações anatômicas, fisiológicas e funcionais já se iniciam na fecundação e persistem por todo o período gestacional e puerperal. Os reflexos dessas modificações são vistos no equilíbrio hidroeletrólítico e nos sistemas nervoso central, sanguíneo, osteoarticular, endócrino, metabólico, imunológico, digestório, genitourinário, cardiovascular e respiratório (BURTI *et al.*, 2006).

A situação fetal de dependência energética materna atesta que a genitora é a única fonte de glicose e aminoácidos do feto, situação que corrobora a afirmação de que uma nutrição materno-fetal adequada é um dos principais objetivos de todas as alterações metabólicas ocorridas na gestante.

Algumas condições preexistentes podem ser potencializadas diante do processo de adaptação materna, principalmente através da ação dos hormônios gestacionais. As remodelações físicas e funcionais dos órgãos genitais são mais expressivas no peso, volume e perfusão sanguínea da vagina, mamas e útero. Além disso, as alterações emocionais, das mamas e da pele são características significativas para a mulher frente a esse período de profundas transformações físicas, psíquicas e sociais.

Alterações Endócrinas

Placenta

A placenta é um órgão endócrino que sintetiza grandes quantidades de hormônios esteroides sexuais e assume a função de produção da progesterona a partir da sexta semana de gestação. Antes, o corpo lúteo, mantido pelo hormônio gonadotropina coriônica (hCG) produzido pelo trofoblasto, é o responsável pela produção progestagênica (BURTI *et al.*, 2006).

O hormônio lactogênio humano placentário (hPL) também é produzido pela placenta e atua como um hormônio contrainsulínico. O hPL começa a ser produzido no segundo trimestre gestacional, durante a segunda onda de invasão trofoblástica, e, junto a outros hormônios contrarreguladores, pode estar relacionado com a fisiopatologia do diabetes *mellitus* gestacional. A placenta também é responsável pela produção de grandes quantidades de estriol – estrogênio produzido pelo organismo materno no período gestacional (FERREIRA *et al.*, 2011).

Pâncreas

A produção de estrogênio e progesterona na primeira metade da gravidez promove uma hiperplasia das células beta do pâncreas levando a maior produção de insulina. Ao se ligar aos receptores de insulina, presentes na membrana plasmática das células, a insulina permite a expressão de GLUT-4 (transportador de glicose dependente de insulina) e consequente entrada de glicose no interior das células. Com o aumento da insulina associados à maior entrada de glicose nas células, gera-se um quadro de hipoglicemia e cetonúria no jejum. Esse quadro poderia ser compensado por uma orientação dietética. (FERREIRA *et al.*, 2011).

Na segunda metade da gravidez, o hormônio lactogênio placentário (hPL), junto a outros contra-insulínicos (cortisol, progesterona e estrogênios), age promovendo o aumento da resistência periférica à insulina, produzindo um quadro de hiperinsulinismo. Aliado a hábitos de vida e fatores genéticos, em algumas pacientes, essa situação pode ser uma das explicações para o surgimento do diabetes *mellitus* gestacional (BURTI *et al.*, 2006).

Tireoide e Paratireoide

A glândula tireoide aumenta de tamanho na gestação e torna-se facilmente palpável (Infograma 1). O hCG placentário tem características químicas e funcionais semelhantes com o TSH, estimulando a glândula tireoide (Infograma 1). Algumas pacientes apresentam quadros clínicos semelhantes com uma tireotoxicose devido a esse estímulo da tireoide pelo hCG, sem, no entanto, elevar os níveis de T3 e T4 – fato que auxilia no diagnóstico diferencial entre tireotoxicose e as alterações gestacionais (FERREIRA *et al.*, 2011).

Como o hCG age estimulando a glândula tireoide, tal qual o TSH, haverá um feedback negativo na tentativa de manter a homeostasia e compensar essa elevação dos níveis de hormônios tireoidianos (Infograma 1). O TSH assume, portanto, valores próximos aos limites inferiores da normalidade.

No começo da gestação há uma queda do TSH e os níveis de hCG aumentam até cerca de 16 semanas. Em seguida o TSH reduzirá e, posteriormente, se mantém estável ao longo de toda a gestação. No entanto, no momento da curva ascendente do hCG, há uma diminuição dos valores de TSH e manutenção dos valores dos hormônios tireoidianos.

As glândulas paratireoides também aumentam durante a gravidez devido ao maior requerimento de cálcio com a finalidade de formação dos ossos do bebê. Para atender a essa demanda o paratormônio aumenta sua ação e faz com que haja aumento da absorção intestinal de cálcio (FERREIRA *et al.*, 2011).

Alterações Metabólicas

Em decorrência das exigências energéticas fetais é necessário que sejam feitos ajustes metabólicos maternos. Ocorrem diversas alterações nos sistemas bioquímicos envolvidos na produção de energia, levando ao aumento progressivo do metabolismo basal em até quase 25% (Infograma 1). A necessidade calórica da mulher gestante passa de 25 a 30 cal/Kg/dia para 30 a 35 cal/Kg/dia e o ganho de peso médio durante a gravidez é de aproximadamente 12,5 Kg (RAMOS-LOBO *et al.*, 2018).

Distribuição do Ganho de Peso

O aporte energético-calórico e o peso devem ser individualizados para cada fase da gravidez visto que o feto com 20 semanas pesa 300g e com 40 semanas pesará 3.400g, evidenciando um aumento de quase 10 vezes o peso inicial. É muito importante atentar-se ao ganho de peso da paciente, de forma a compreender se há oferta de nutrição adequada. O pré-natal exige um cuidado multidisciplinar, com articulação entre o pré-natalista, nutricionista, enfermeiro, família, psicólogo e vários outros profissionais (OLIVEIRA *et al.*, 2017; RAMOS-LOBO *et al.*, 2018; SAVAGE *et al.*, 2019).

Metabolismo da Glicose, Lipídeos e Proteínas

A primeira fase da gravidez é predominantemente anabólica, na qual a progesterona, os estrogênios, o hCG e a insulina promovem um aumento da captação periférica de glicose, além de menor armazenamento de glicogênio, redução da glicemia de jejum, da glicogenólise e da gliconeogênese. Já na segunda metade, com cerca de 20 semanas de gestação, teremos uma fase catabólica por ação do hPL, cortisol, prolactina, glucagon, estrogênio e progesterona, que acarretam em aumento da resistência periférica à insulina, menor tolerância à glicose e aumento da glicogenólise e da gliconeogênese (RAMOS-LOBO *et al.*, 2018).

Durante a gestação haverá ação lipolítica aumentada, causada por hormônios como a adrenalina, glucagon, hormônio do crescimento (GH) e o hPL, levando a maior liberação de ácidos graxos no plasma sanguíneo. Na primeira metade da gravidez haverá, portanto, um aumento do colesterol LDL circulante. Além disso, a alta concentração de estrogênio e a resistência insulínica, favorecem a instalação de um quadro de hipertrigliceridemia. Após a retirada da placenta, os níveis de colesterol e triglicérides sofrem uma queda, processo esse, acelerado pela amamentação (MONTENEGRO & REZENDE FILHO, 2018; CUNNINGHAM *et al.*, 2014. COLLINS *et al.*, 2013).

As necessidades diárias de ingestão proteica estarão aumentadas durante o período gravídico e, dessa forma, a ação insulínica facilitará o transporte de aminoácidos para o interior das células. Observa-se aumento dos valores absolutos de proteínas totais, porém com concentrações diminuídas devido à hemodiluição (RAMOS-LOBO *et al.*, 2018).

Sais Minerais e Vitaminas

As necessidades diárias de cálcio aumentam e se destinam à formação dos ossos fetais (Infograma 1). Para suprir essa necessidade, principalmente durante o terceiro trimestre, observa-se um hiperparatireoidismo materno fisiológico. Verifica-se também uma diminuição dos níveis séricos de magnésio total e ionizado (Infograma 1). Porém, ainda não existem evidências de que a suplementação universal de cálcio e magnésio na gravidez seja benéfica.

As necessidades do íon ferro na gravidez são de cerca de 1.300 mg no total. As mulheres que tiveram hemorragia durante o parto, via vaginal ou cesariana, ou no pós-parto apresentam maior possibilidade de sobrevida, caso tenham uma maior reserva de ferro. Na segunda metade da gestação, a necessidade diária de ferro é de 6 a 7 mg/dia e o nível mínimo sérico de hemoglobina aceito é de 11 g/dL. Diante disso, a suplementação férrica é necessária e de orientação universal a partir de 20 semanas de gestação (RAMOS-LOBO *et al.*, 2018).

Em relação às vitaminas, a suplementação com o ácido fólico deve ser iniciada ainda na fase pré-concepcional. As chances de defeitos na formação do tubo neural do feto após suplementação com ácido fólico reduzem em até 50%. Já a vitamina A (Infograma 1) está associada a um potencial efeito teratogênico, o que evidencia uma necessidade de atenção especial naquelas pacientes que utilizam ácido retinóico e seus isômeros para tratamento dermatológico (FERREIRA *et al.*, 2011; CUNNINGHAM *et al.*, 2014. COLLINS *et al.*, 2013).

Alterações Imunológicas e Hematológicas

Não há desenvolvimento de anticorpos contra as proteínas fetais, mesmo que os organismos materno e fetal sejam geneticamente distintos e o feto apresentar um *status* de corpo estranho. Além disso, o processo de hemodiluição leva a uma diminuição no título de anticorpos maternos durante a gestação, com aumento da susceptibilidade a algumas infecções (REIS, 1998; CUNNINGHAM *et al.*, 2014. COLLINS *et al.*, 2013).

Ocorre um quadro de hipervolemia (em torno de 40-50% do volume), com pico máximo de elevação por volta da 30-32ª semana de gestação. Esse fato faz com que haja uma hemodiluição fisiológica (Infograma 1), com redução das concentrações de hemoglobina (com valor esperado menor que 11,1g/dL) e dos eritrócitos e hematócitos, apesar do aumento da eritropoiese. O volume eritrocitário, no entanto, se eleva em torno de 20-30%, devido a uma maior demanda de O₂.

À paciente é conferido um estado de hipercoagulabilidade (Infograma 1), devido ao aumento dos fatores VII, VIII, IX e fator de von Willebrand, além da redução do sistema fibrinolítico (principalmente plasmina) e dos fatores XI e XIII da coagulação. Esse estado de hipercoagulabilidade aumenta em até quatro vezes o risco da gestante desenvolver eventos tromboembólicos durante o período gravídico e em até sete vezes durante o puerpério. O tempo de coagulação, antitrombina III, fator V não se alteram na gestação (CUNNINGHAM *et al.*, 2014).

Por fim, D-dímero e fibrinogênio aumentam em 50% e a gestante apresenta uma trombocitopenia gestacional benigna, leucocitose relativa (com aumento do número de neutrófilos segmentados) e uma elevação da proteína C reativa (FERREIRA *et al.*, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Alterações Cardiovasculares

O coração é desviado para cima e para a esquerda, ligeiramente deslocado para a face anterior do tórax. Cerca de 90% das gestantes irão apresentar sopro sistólico. A redução da viscosidade sanguínea, aumento do débito cardíaco, que se eleva entre 30 a 50%, e aumento da frequência cardíaca, que se eleva entre 10 a 20 bpm, são expressões habituais do período gravídico (Infograma 1). O fluxo sanguíneo aumentado é importante para o aporte sanguíneo de todos os órgãos e estruturas que estão passando pelas alterações decorrentes da gravidez (CUNNINGHAM *et al.*, 2014).

Ocorre ainda, uma queda da resistência vascular periférica, do peso materno e da taxa metabólica basal. Apesar de ocorrer um aumento da massa eritrocitária, o volume sanguíneo e plasmático aumenta ainda mais, fazendo com que haja uma redução aparente dos eritrócitos, levando ao quadro de anemia fisiológica da gravidez decorrente da hemodiluição (Infograma 1) (FERREIRA *et al.*, 2011).

No início do segundo trimestre há uma queda da pressão arterial, com retorno lento e gradual aos níveis pressóricos pré-gestacionais no terceiro trimestre. O aumento de estrogênios na circulação ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona. Isso acarreta no aumento da liberação da renina de forma a realizar a manutenção da pressão arterial na gravidez. A pressão arterial será influenciada pelo período do dia, atividade física, postura e pela ansiedade. (SILVA FILHO, 2016; CUNNINGHAM *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2011).

Síndrome da Hipotensão em Decúbito Dorsal

A compressão da veia cava inferior e dos vasos pélvicos pelo útero gravídico leva a redução do retorno venoso caracterizando um hipofluxo com sintomas acentuados de hipotensão supina. A paciente pode apresentar edema, varizes de vulva e membros inferiores, palidez, cianose, pele fria, redução da amplitude de pulsos, queda da pressão arterial e até perda da consciência. A primeira medida diante desse quadro deve ser colocar a gestante em decúbito lateral esquerdo, com objetivo de descomprimir os vasos e retomar a circulação adequada (CUNNINGHAM *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2011).

Alterações do Sistema Respiratório

A progesterona age no centro respiratório localizado no bulbo. A gestante fica mais sensível aos níveis de oxigênio, elevando seu consumo. Ocorre aumento da ventilação alveolar e aumento do volume corrente, ocasionando hiperventilação com aumento da PaO_2 e da excreção de HCO_3^- e queda da $PaCO_2$ na gestante. A capacidade residual funcional reduz em 25%, sem alteração do espaço morto. Essas alterações geram, fisiologicamente, uma alcalose respiratória compensada (Infograma 1). Por fim, ocorre uma elevação do diafragma com consequente aumento da circunferência da caixa torácica. Importante notar que todas essas alterações evoluem clinicamente com uma dispneia fisiológica na gravidez (Infograma 1) (SILVA FILHO, 2016).

Alterações do Aparelho Genital

Útero

O útero é o órgão que vai conter a gravidez e se adaptar a ela. Permite o crescimento, desenvolvimento e nutrição adequados ao feto, através da invasão da placenta no endométrio. O feto recebe todo o aporte necessário através do cordão umbilical. O estímulo estrogênico promove a hipertrofia e a hiperplasia da camada muscular uterina com vistas a suportar o crescimento fetal (Infograma 1). O fenômeno de embebição gravídica se dá por ação da progesterona, com amolecimento uterino e decidualização endometrial (Infograma 1), com o propósito de permitir a invasão placentária e subsequente formação da placenta (FERREIRA *et al.*, 2011; MONTENEGRO & REZENDE FILHO, 2018).

O volume uterino aumenta de 30mL, no início da gestação para, 5.000mL, ao final. O peso chega a 1.000g. O crescimento não é uniforme: na 12ª semana, se encontra acima da sínfise púbica; 16ª semana, entre a sínfise púbica e o umbigo; entre a 16ª e 20ª semana, há crescimento de aproximadamente 1cm/semana, sendo possível a correlação entre a medida da altura uterina e a idade gestacional. Por fim, a partir da 20ª semana, o útero assume formato cilíndrico.

No local da implantação, é possível palpar uma alteração transitória no contorno do útero que se compensa a partir da evolução da gravidez, alteração essa conhecida como sinal de Piskacek. Ao amolecimento do istmo uterino, com acentuada anteversoflexão uterina, resultando em queda em cima da bexiga e compressão vesical, dá-se o nome de sinal de Hegar. O crescimento uterino e seu formato globoso promove ocupação dos fôrnices laterais vaginais – sinal de Nobile-Budin. A progesterona atua ainda no colo uterino, promovendo seu amolecimento – regra de Goodell (FERREIRA *et al.*, 2011).

As glândulas endocervicais produzem uma quantidade de muco – tampão mucoso do colo uterino – com a função de impedir que os microrganismos patogênicos ascendam da vagina para a cavidade amniótica. Esse tampão mucoso se apresenta como um fluido na cavidade vaginal, e, por esta razão, muitas pacientes se queixam de corrimento vaginal durante toda a gestação, sendo na verdade uma leucorreia fisiológica da gravidez. Cerca de 48 a 72 horas após a perda desse tampão mucoso do colo uterino, dá-se início ao trabalho de parto (FERREIRA *et al.*, 2011; MONTENEGRO & REZENDE FILHO, 2018).

Vulva e Vagina

Vulva e vagina passam por processo de embebição hormonal por progesterona e estrogênio. Células musculares lisas vaginais hipertrofiam, tornando a mucosa vaginal mais espessa e elástica (Infograma 1). O efeito estrogênico promove um aumento da vascularização local, com sensação de pulso da artéria vaginal no fundo de saco vaginal – sinal de Oslander (Infograma 1). O efeito estrogênico provoca uma maior vascularização da vulva e vagina, levando ao arroxamento local conhecido como sinal de Jacquemier-Kluge. O resíduo vaginal fica mais abundante e espesso, com aumento do *turnover* celular. Há um aumento da concentração de glicogênio, com maior processo de metabolização do mesmo. Ocorre acidificação da vagina (Infograma 1), com redução do pH vaginal (aproximadamente 3,8) (CUNNINGHAM *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2011).

Tubas e Ovários

As tubas aumentam de volume e se deslocam superiormente. Os ovários crescem até a primeira metade da gravidez, havendo, posteriormente redução do seu volume. O corpo lúteo persiste até a 12ª semana devido a produção de hCG pelo tecido trofoblástico (MONTENEGRO & REZENDE FILHO, 2018; NETTO, 2004).

Mamas

Na gestação há aumento de ductos, ácinos e estroma por ação estroprogestagênica, que vai culminar no aumento do volume mamário. Por volta da 8ª semana, há hipertrofia e proeminência dos tubérculos de Montgomery, que são glândulas pilosebáceas localizadas na aréola e mamilo. A vascularização mamária é intensificada, com formação, por volta da 16ª semana de gestação, de uma rede venosa vascular mamária conhecida como sinal de Haller. Em torno da 20ª semana de gestação, as aréolas e os mamilos ficam de coloração mais acastanhada e inicia-se o borramento dos limites areolares, com a formação da aréola secundária, achado clínico que é denominado sinal de Hunter. Os níveis de prolactina aumentam até o termo e, sob a influência deste hormônio, completa-se o pleno desenvolvimento das mamas para lactação do recém-nascido (FERREIRA *et al.*, 2011).

Alterações do Aparelho Digestivo

Durante a gestação, deve-se ter especial atenção à saúde oral. Ocorre queda do pH oral, facilitando o aparecimento de cáries (Infograma 1). Algumas gestantes podem apresentar ptialismo (salivação excessiva) e alterações gustativas. As gengivas ficam edemaciadas, hipertróficas e hiperemiadas, o que aumenta as chances de ocorrência de sangramentos (MONTENEGRO & REZENDE FILHO, 2018; FERREIRA *et al.*, 2011; SILVA FILHO, 2016).

A progesterona age no aparelho digestivo levando a redução do esvaziamento gástrico e do trânsito intestinal (Infograma 1). Favorece também a possibilidade de refluxo gastroesofágico (Infograma 1), por aumento da pressão abdominal e redução da resistência do esfíncter esofágico. Durante a gestação a paciente pode apresentar eructações, flatulência, constipação, distensão e dor abdominal. Grande parte das gestantes reclamam de pirose e refluxo, que podem melhorar com a progressão da gravidez. O uso de antiácidos pode diminuir a absorção de ferro e agravar a constipação, por isso são indicados apenas para melhora sintomática e por tempo de uso limitado (FERREIRA *et al.*, 2011).

O fígado pode sofrer um ligeiro aumento, desviando-se para cima e para a direita. A elevação da fosfatase alcalina e o discreto aumento na bilirrubina sérica total, globulina e na gama-glutamilttransferase (GGT) também são notáveis. A progesterona provoca redução da contratilidade da vesícula biliar e a hipotrofia da musculatura lisa, justificando a lentidão do seu esvaziamento. Aliado a um aumento dos níveis de colesterol, observa-se aumento da incidência de cálculos biliares (COLLINS *et al.*, 2013).

Alterações do Sistema Urinário

Os rins da gestante podem crescer cerca de 1 a 1,5 cm e se tornam mais eficientes, visto a necessidade do aumento da filtração glomerular decorrente do aumento do volume sanguíneo. Há aumento da excreção renal de HCO_3^- , glicose e alfa-aminoácidos; elevação da reabsorção de sódio e uma redução da reabsorção tubular de glicose e proteína – essas modificações repercutem com uma glicosúria e proteinúria fisiológicas (Infograma 1). A ação da progesterona promove ainda, uma estase ureteral e um refluxo vesicoureteral, com maior predisposição à infecções do trato urinário (Infograma 1). De maneira semelhante, nota-se uma elevação da frequência urinária e a gestante pode apresentar um quadro de incontinência urinária transitória (BURTI *et al.*, 2006; CORRÊA, 2011; SILVA FILHO, 2016; RAIMUNDO *et al.*, 2016).

Alterações Osteoarticulares

De forma bem visível, a gestante evolui com hiperlordose lombar e, pelo efeito dos hormônios estrogênio e da relaxina, há um aumento da mobilidade das articulações, principalmente da sacroilíaca, sacrococcígea e púbica (Infograma 1). A mudança do centro gravitacional exige uma alteração da marcha, estabelecendo um padrão anserino (Infograma 1). Compressões radiculares são comuns e ocorrem devido ao edema de nervos e tendões, motivado pelo processo de embebição gravídica, sob efeito da progesterona. (FERREIRA *et al.*, 2011; MONTENEGRO & REZENDE FILHO, 2018).

Alterações da Pele e Fâneros

O aumento da produção do hormônio melanotrófico e a ação do estrogênio e da progesterona possibilitam um maior estímulo para a melanogênese (Infograma 1). A linha alba hiperpigmenta-se tornando-se linha *nigra* (Infograma 1). A paciente se apresenta com manchas na face (melasma ou cloasmas gravídicos) e hiperpigmentação da vulva, face interna da coxa, axila, abdome e aréolas. O estiramento abdominal, associado a uma baixa hidratação, favorece o surgimento de estrias gravídicas ou víbices (Infograma 1). No período gestacional, essas estrias são avermelhadas e após o parto, adquirem uma coloração brancacenta. A orientação é para o uso do protetor solar ou abstenção da exposição solar, além de constante hidratação da pele. (FERREIRA *et al.*, 2011; MEIRELES *et al.*, 2015).

Alterações do Sistema Nervoso Central e dos Órgãos Sensoriais

A progesterona tem efeito depressor sobre o sistema nervoso central, e, assim, a mulher grávida pode apresentar sonolência, fadiga e lentidão psicomotora (Infograma 1). As mulheres podem se queixar de alterações na acuidade visual e na olfação, devido à hipervascularização e edema da mucosa nasal (Infograma 1). Há ainda, diminuição da acuidade auditiva, com presença de zumbidos e vertigens. Geralmente essas alterações são autolimitadas, controladas e basta apenas orientar a paciente (RAIMUNDO *et al.*, 2016).

Alterações do Estado Emocional

No período gestacional, a mulher vivencia diversas alterações físicas, psíquicas e sociais, acarretando um aumento da sensibilidade e da ansiedade (Infograma 1). Sentimentos como insegurança, dificuldades emocionais, blues puerperal e depressão ocorrem em até 80% das pacientes (Infograma 1). A situação conjugal e familiar é um importante fator causador ou protetor dessas alterações emocionais. A responsabilidade por assumir um filho, por fazer concessões, pela perda da individualidade, e o medo do desconhecido são sentimentos frequentes (MEIRELES *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2011).

A gravidez representa, para muitas mulheres, ameaça de perdas em termos estéticos, profissionais e afetivos. Visto tudo isso, é inegável que a condição emocional da gestante deve sempre ser considerada (MEIRELES *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2011).

Infograma 1. Relações Fisiológicas do Período Gestacional



Legenda: Síntese de algumas alterações fisiológicas ocorridas na mulher gestante.

CONCLUSÃO

Dado a discussão anterior, torna-se ainda mais evidente que o período gravídico passa por uma diversidade de alterações que, mesmo ocorrendo de forma fisiológica, acarretam em desconfortos e podem representar quadros de complicações para a mãe e para o recém-nascido. É inquestionável a necessidade de um aprofundamento dessas alterações do organismo materno, de forma a nortear o raciocínio clínico e embasar as orientações dadas a gestante. Assegura-se dessa forma, o bem-estar materno-fetal e uma evolução favorável e segura para o parto e o nascimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BURTI, J.S. *et al.* Adaptações Fisiológicas do Período Gestacional. *Fisioterapia Brasil*, v. 7, p. 375, 2006.
- COLLINS, S. *et al.* *Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology*. Oxford University Press, 3 ed, 2013, 824 p.
- CORRÊA, M.D. *Noções Práticas de Obstetrícia*. Editora CoopMed, 14 ed. 2011
- CUNNINGHAM, F. Gary *et al.* *Williams Obstetrics*. McGraw-Hill Education, 24 ed., 2014, 1358 p.
- FERREIRA, C.R.C. *et al.* Adaptação Materna à Gravidez. In: Corrêa, M.D.; Melo, V.H.; Aguiar, R.A.L.P.; Corrêa Junior, M.D. *Noções práticas de obstetrícia*. 14 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2011
- MEIRELES, J.F.F. *et al.* Insatisfação corporal em gestantes: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, 2015.
- MONTENEGRO, C.A.B. & REZENDE FILHO, J. *Rezende Obstetrícia Fundamental*. 14 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018, 1008p.
- NETTO, H.C. *Obstetrícia Básica*. São Paulo, Editora Atheneu, 2004.
- OLIVEIRA, C.S. *et al.* Atividade física durante a gestação: recomendações e ferramentas de avaliação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 39, p. 424, 2017.
- RAIMUNDO, J.R.S. *et al.* Autonomic and Renal Alterations in the Offspring of Sleep-Restricted Mothers During Late Pregnancy. *Clinics*, v. 71, p. 521, 2016.
- RAMOS-LOBO, A.M. *et al.* Maternal metabolic adaptations are necessary for normal offspring growth and brain development. *Physiological Reports*, v. 6, p. 1, 2018.
- REIS, G.F. F. Alterações Fisiológicas Maternas da Gravidez. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 43, p. 3, 1998.
- SAVAGE, J.S. *et al.* Uncontrolled Eating during Pregnancy Predicts Fetal Growth: The Healthy Mom Zone Trial. *Nutrients*, v. 11, p. 1, 2019.
- SILVA, L.S. *et al.* Análise das Mudanças Fisiológicas Durante a Gestação: Desvendando Mitos. *Revista Faculdade Montes Belos*, v. 8, p. 1, 2015.
- SILVA FILHO, A.L. *Manual SOGIMIG de Emergência Obstétrica*. 1 ed - Rio de Janeiro: MedBook.. p. 3, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=8767C3DD58E7DAF6DFD635CA84758234?sequence=1>>. Acesso em: 26 Out. 2020.

89

MÉTODOS DE ESTIMAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

FILIAÇÃO

- 1 Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH, Belo Horizonte, MG.
- 2 Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Itaúna – UIT, Itaúna, MG.
- 3 Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS, Belo Horizonte, MG.
- 4 Professora de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH, Belo Horizonte, MG.

AUTORES

ANNA TÉRCIA DE AZEVEDO ALMEIDA¹
ANTÔNIO AUGUSTO PEREIRA BRAGA²
CATARINA LUIZA SANTOS VALENTIM¹
DANIELA DA GUARDA RIBEIRO¹
FERNANDA DE PAULA VITOR¹
GABRIELA SILVA RANGEL¹
ILIA HELENA TEIXEIRA KUMAIRA¹
JOÃO PEDRO SILVEIRA FALEIRO³
LARA GOULART PEREIRA¹
LARISSA VOLPINI BARRETO BORÉM⁴
LAVÍNIA RIBEIRO TAVARES¹
LORENA ALVES DA SILVA¹
PAULA FONSECA PORTO¹

Palavras-chave: Medicina; Idade Gestacional; Recém-Nascido.

INTRODUÇÃO

O parto pré-termo, pós-termo e crescimento intrauterino restrito (CIUR) associam-se às taxas de morbimortalidade perinatal, o que gera uma demanda adicional sobre os serviços de saúde pela maior complexidade, muitas vezes em unidades de tratamento intensivo, podendo ter repercussões na saúde em longo prazo. Sendo assim, a avaliação acurada da idade gestacional (IG) é essencial para a correta orientação obstétrica e definição de estratégias assistenciais tanto para a gestante, quanto para o recém-nascido (RN) (HENRIQUES *et al.*, 2019).

A IG é definida como o tempo decorrido em semanas a partir do início da última menstruação da gestante e pode ser estimada por meio da data da última menstruação (DUM), ultrassonografia (USG) fetal, medição do útero-fita ou em parâmetros físicos após o nascimento. Contudo, esses métodos apresentam precisão e limitações variáveis (HENRIQUES *et al.*, 2019).

Uma das formas mais utilizadas de estimação da idade de gestação é através da DUM, em que se verifica o número de dias que se passaram do primeiro dia do último período menstrual até o dia atual e divide-se o número obtido por sete. Diante disso, é válido ressaltar que este é um método barato e acessível à população, porém em muitas circunstâncias não apresenta um resultado

fidedigno devido à variação no ciclo menstrual, sangramento no primeiro trimestre da gestação ou outros fatores (HENRIQUES *et al.*, 2019).

A USG fetal realizada no primeiro trimestre da gestação é considerada o método mais seguro para análise da IG e deve ser realizada antes das 22 semanas gestacionais. Sua acurácia se relaciona com a precocidade em que é realizada, portanto recomenda-se sua realização o mais precocemente possível, desde que o embrião esteja visível, se possível até as 13 semanas e seis dias, para que haja menor taxa de erro (SZWARCOWALD *et al.*, 2019).

O comprimento cabeça-nádegas, que é a maior medida entre o topo da cabeça até a parte inferior das nádegas, é uma das formas estabelecidas pela imagem da USG para a determinação da IG no primeiro trimestre de gestação. A USG é um método preciso e pode ser a única maneira possível de estabelecer a IG quando a paciente desconhece a data de concepção, seu ciclo é irregular ou, em caso de dúvida, como a não correlação entre tamanho do útero e idade prevista pela DUM (PEREIRA *et al.*, 2014).

Além desses métodos, a medida útero-fita é, na primeira metade da gravidez, um bom método diagnóstico da idade da gestação. A palpação do útero acima da sínfise púbica é possível através do exame físico obstétrico a partir da 12ª semana de gestação. A altura uterina é medida desde a parte superior da sínfise púbica até o final palpável do útero e os valores correspondentes à IG podem ser encontrados em tabelas de referência (ANDRADE, 2015).

Também há métodos de estimativa após o nascimento, que baseiam-se na realização do exame físico do RN nas primeiras horas de vida. Um dos métodos de avaliação é por meio do escore de New Ballard, que consiste no estudo da maturidade física e neuromuscular do neonato. O método de Capurro é outro escore que utiliza o somatório de parâmetros como pele, pregas, glândulas e formações de orelha e mamilo para correlacionar as características físicas do RN nas primeiras horas de vida com a IG. A estimativa da idade de gestação após o nascimento é usada, em geral, de forma complementar aos outros métodos e possui baixa precisão para a análise de prematuros (MORAES & REICHENHEIM, 2000).

Dessa forma, o estudo dos métodos de estimativa da idade gestacional tem como objetivo demonstrar as principais maneiras para análise da IG, assim como suas vantagens e desvantagens. Por conseguinte, o objetivo deste capítulo é trazer informações sobre os métodos utilizados para estimar a IG atualmente no Brasil e sua importância para o estabelecimento de políticas públicas visando melhoria da assistência à saúde materno-infantil.

MÉTODO

Revisão bibliográfica realizada a partir de resultados de pesquisas qualitativas, relacionadas ao tema proposto. A pesquisa foi realizada em bancos eletrônicos de dados, como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Google Scholar. A partir da definição das plataformas a serem analisadas, a pesquisa foi realizada em novembro de 2020, no modo avançado, com a busca de descritores, tais como “idade gestacional”, “métodos” e “estimativa”. Foram selecionados para análise 18 trabalhos com publicação nos últimos 20 anos, dentre eles os seis em que se referencia este capítulo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1990 com objetivo de coletar dados sobre os nascimentos em todo o território nacional, de forma a possibilitar a criação de indicadores epidemiológicos úteis para basear políticas de vigilância e atenção à saúde materna e fetal, otimizando a assistência à saúde em todos os níveis (PEDRAZA, 2012). A coleta de dados ocorre por meio da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), documento obrigatório para cada produto da concepção que apresenta algum sinal vital ao nascimento, no qual são informados os principais dados e características, como sexo, peso ao nascer, Apgar, tipo de gravidez e tipo de parto, número de consultas pré-natal, escolaridade da mãe e condições do nascimento (SZWARCOWALD *et al.*, 2019).

Em 2011, houve mudança na DNV, em que a IG foi agregada como uma variável do documento. Essa alteração foi de grande relevância, visto que a estimativa da IG é um importante indicador de prematuridade, o que, por sua vez, é uma das principais causas de mortalidade infantil (BLENCOWE *et al.*, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a SINASC recomendam o uso da DUM como método de escolha, devido à sua acessibilidade, simplicidade e baixo custo. Entretanto, a análise da IG pela DUM pode propiciar um cálculo errôneo, visto que esse método é potencialmente falível devido à variações do ciclo menstrual ou sangramentos de implantes (SZWARCOWALD *et al.*, 2019).

Sendo assim, em casos de impossibilidade ou má qualidade de informação da DUM, são indicados outros métodos de estimativa da IG, como a USG fetal ou o exame físico do RN nas primeiras horas de vida. Segundo o *National Institute for Health and Care Excellence, National Health Systems (NICE/NHS/UK)*, a estimativa da idade de gestação pela USG fetal é o método mais preciso e com menor taxa de erros para determinação da IG, principalmente quando realizada entre a 10^a e 13^a semana e seis dias, entretanto é uma alternativa onerosa para o sistema de saúde, portanto menos viável quando se trata da realidade brasileira. Já o exame físico do RN é o método menos preciso, devendo preferencialmente ser utilizado apenas em casos em que não há meios de mensurar a IG de outra forma (SZWARCOWALD *et al.*, 2019).

Desde a inclusão de novos parâmetros na DNV, em 2011, tornou-se necessária a avaliação da veracidade dos métodos utilizados para estimar a IG. Frente a esta necessidade, foi realizada a pesquisa “Nascer no Brasil”, um inquérito nacional sobre parto e nascimento que buscou, dentre outros objetivos, evidenciar a validade dos métodos de estimativa da IG utilizados atualmente no país. Este estudo de base populacional foi realizado entre os anos de 2011 a 2012 com 23.940 puérperas provenientes de todas as macrorregiões do Brasil, que realizaram pré-natal em hospitais de assistência pública, privada ou mista (PEREIRA *et al.*, 2014).

O estudo evidenciou uma concordância de 59,4% entre a DUM mencionada pela paciente e a mensuração realizada pela USG. Mostrou também que o cálculo da IG pela DUM possui maior superestimação de valores quando comparada à mensuração por USG precoce, tanto em pós-termos (o que ocorreu em 10,3% dos casos) quanto em prematuros (17,7% dos nascimentos). Ademais, foi observado maior índice de prematuridade ao realizar a IG pela DUM (16,9%) anotada no prontuário quando comparada a IG baseada no resultado da USG (11,4%) no sistema público. Conclui-se, com esses dados, que quando a IG é calculada utilizando-se a DUM, há uma maior tendência em subestimar a idade de gestação (PEREIRA *et al.*, 2014).

Além disso, neste estudo foi observado que os erros em todos os métodos estimadores de IG são mais frequentes entre as mulheres do sistema público, o que pode ser explicado pela melhor qualidade de informação disponibilizada para o setor particular e também pelo fato de que, nesse setor, os médicos responsáveis pelo pré-natal são os mesmos responsáveis pelo parto, o que pode gerar menor índice de erros (PEREIRA *et al.*, 2014).

Ademais, percebe-se que, mesmo que o acesso ao pré-natal seja quase inteiramente universal, seu início anterior a 12ª semana gestacional ainda é um patamar pouco alcançado; assim, caso haja necessidade de utilização da USG, esta será realizada mais tardiamente, ultrapassando o limite em que há maior precisão. Além disso, a dificuldade no agendamento do exame no sistema público somado ao desconhecimento da USG precoce por alguns profissionais corroboram para a dificuldade de proceder com um melhor cálculo da IG. Foi possível observar neste estudo que as mulheres que não fizeram USG precoce tinham menor escolaridade e possuíam menor poder aquisitivo (PEREIRA *et al.*, 2014).

Em 2019, foi realizada avaliação da veracidade das informações contidas no banco de dados do SINASC pela comparação com o estudo “Nascer no Brasil”, com análise do número de nascidos vivos informados e estimados em cada unidade federativa, levando em conta todos os dados contidos na DNV. Observou-se que a IG foi a variável que apresentou maior discrepância entre o valor esperado e o informado, indicando a limitação desse método. Ademais, foi observado que essa divergência foi mais evidente em estados na região Norte, o que mostra a influência da desigualdade social e geográfica na estimação da IG (SZWARCOWALD *et al.*, 2019).

Outro estudo buscou esclarecer a validade do exame físico do RN nos primeiros dias de vida, comparando-o com os outros métodos existentes. O método de avaliação utilizado na pesquisa foi o escore de New Ballard, que consiste no estudo da maturidade física e neuromuscular do neonato. São avaliados doze parâmetros no total, sendo seis somáticos (pele, lanugo, superfície plantar, auréolas mamárias, olhos/orelhas e órgão genital) e seis neurológicos (postura, ângulo do punho, retração do braço, ângulo poplíteo, flexibilidade da articulação acrômio-clavicular e grau de resistência à extensão da musculatura de membros inferiores). Os achados ao exame devem ser pontuados de acordo com tabelas de referência e, posteriormente, o total de pontos atribuídos deve ser somado. Ao final, o resultado obtido deve ser correlacionado com a IG através de um sistema de correspondência (MORAES & REICHENHEIM, 2000).

O estudo demonstra a baixa sensibilidade do escore de New Ballard, principalmente quando se trata de crianças prematuras, evidenciando sua falha como método isolado para estimação da IG. Sendo assim, este método é utilizado para complementar algum outro, ou em situações em que esta é a única opção para mensurar a IG do RN, como no pré-natal tardio, quando a acurácia da USG é reduzida e a DUM desconhecida. Vale ressaltar que métodos combinados para avaliar a IG já encontram críticas, visto que variam muito de acordo com sua acurácia (MORAES & REICHENHEIM, 2000).

Dessa forma, ressalta-se que a DUM é um parâmetro para a avaliação da IG propenso a erros e bem menos preciso quando comparado à USG, podendo ser responsável pela classificação inadequada de RN nascidos a termo, porém é o método que mais se adequa à realidade do sistema de saúde brasileiro. Visto que a prematuridade pode gerar inúmeros danos ao feto e elevar a morbimortalidade perinatal, é imprescindível que a IG seja calculada da maneira mais fidedigna possível e, portanto, métodos complementares à DUM devem ser utilizados quando necessário (HENRIQUES *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Ao final deste capítulo, conclui-se que a IG é definida como o tempo decorrido em semanas a partir do início da última menstruação e pode ser mensurada através da DUM, realização da USG fetal, medição útero-fita ou mesmo a partir de parâmetros físicos após o nascimento. Dessa forma, pode-se afirmar que a mensuração correta da IG constitui um método essencial para definição de estratégias assistenciais tanto para gestante quanto para o RN, funcionando como um excelente recurso para diminuir a morbimortalidade perinatal associada ao parto pré-termo, pós termo e CIUR (HENRIQUES *et al.*, 2019).

No entanto, cada método de cálculo de IG traz consigo riscos e benefícios. Como exemplo, a DUM, que se constitui como um método acessível e barato, porém, devido às irregularidades do ciclo menstrual, pode-se chegar a um resultado errôneo da IG (BLENCOWE *et al.*, 2019). Por outro lado, há também a USG e a medição útero fita. O primeiro, apesar de ser a alternativa mais fidedigna, é considerado uma alternativa dispendiosa frente a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS); enquanto o segundo, mesmo sendo de fácil acesso, é um recurso examinador-dependente e susceptível a subestimação ou superestimação da IG, sendo passível de erro (PEREIRA *et al.*, 2014).

Diante das vantagens e desvantagens dos cálculos da IG demonstrada, conclui-se que a USG quando feita precocemente é a melhor forma de estimar a IG, mas ainda assim não dispensa as demais, já que todos os métodos em conjunto se complementam para uma estimativa da IG mais fidedigna possível. Por fim, pode-se afirmar que utilizando o USG precoce e as outras formas de estimativa de maneira concomitante, o resultado será satisfatório e genuíno, contribuindo para diminuição de morbimortalidade perinatal e para uma boa relação médico-paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, E.I.N. Cálculo da idade gestacional por diferentes métodos. PETdocs, 2015.

BLENCOWE, H. *et al.* Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive health*, v. 10, S2, 2013.

HENRIQUES, L.C. *et al.* Acurácia da determinação da idade gestacional no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, e00098918, 2019.

MORAES, C.L. & REICHENHEIM, M.E. Validade do exame clínico do recém-nascido para a estimação da idade gestacional: uma comparação do escore New Ballard com a data da última menstruação e ultra-sonografia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, p. 83, 2000.

PEDRAZA, D.F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2729, 2012.

PEREIRA, A.P.E. *et al.* Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, S59, 2014.

SZWARCWALD, C.L. *et al.* Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, e00214918, 2019.

90

SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL E DISMENORREIA

FILIAÇÃO

¹ Discente de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT.

² Docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT.

³ Médica Ginecologista e Obstetra, pós-graduada em Sexologia.

AUTORES

PIETRA ANDRADE DE OSTI¹
ANA BEATRIZ LUSTOSA NASCIMENTO¹
GUILHERME ALMEIDA DE OLIVEIRA¹
MARILIA SUGAI OGAMA¹
OTÁVIO MAURÍCIO SILVA¹
ANA TERRA DUETI MARTINS VILA¹
KIMBERLY OLIVEIRA CHAVES¹
DENNIS FRANK KONDO¹
ALESSANDRA SILVA BARBOZA ALVES^{2,3}

Palavras-chave: Síndrome pré-menstrual; Dismenorreia; Sintomas menstruais.

INTRODUÇÃO

A Síndrome pré-menstrual (SPM) é caracterizada pela presença de sintomas principalmente na fase lútea do ciclo menstrual. Dentre os sintomas estão: aumento do volume abdominal, cefaleias e mastalgia. Com eles, encontram-se alterações comportamentais principalmente relacionada ao isolamento social, diminuição de libido e ao apetite, com aumento do consumo de chocolate ou ingestão de álcool. Algumas mulheres apresentam um quadro exacerbado classificado como transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), com comprometimento expressivo na qualidade de vida (WENDER *et al.*, 2011).

Em um estudo populacional, observou-se que 96,6% das mulheres apresentavam pelo menos um sintoma durante o período pré-menstrual e dessas 37,5% possuíam uma elevada pontuação na escala dos sintomas. Contudo, apenas cerca de 20 a 40% manifestam a SPM e 3 a 8% dessas apresentariam TDPM. Normalmente acomete a faixa etária adulta, mas estudos indicam que cerca de 20% de adolescentes entre 13 e 15 anos também manifestam SPM. Além disso, há uma prevalência em países da América Latina em relação aos países europeus, mas não foi identificado a causa (WENDER *et al.*, 2011; TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Nos Estados Unidos foi realizada uma pesquisa que identificou que a SPM seria mais prevalente em mulheres brancas em comparação com as afro-americanas. Além disso, alguns fatores alimentares como ingestão de tiamina e riboflavina, podem reduzir o desenvolvimento de SPM, porém outros, como a ingestão de potássio, agravariam. A presença de síndrome metabólica também se enquadra nos fatores de risco, assim como o tabagismo, abuso sexual. Também foi observada a

incidência entre gêmeas monozigóticas, que apresentou um número expressivo de concordância entre a presença ou não de SPM (YONKERS & SIMONI, 2018). Outro fator relacionado foi o desenvolvimento de SPM após traumas com síndrome pós-traumática (JUNG *et al.*, 2019).

Após o início da menstruação, a SPM desaparece, mas outros sintomas podem aparecer, como a dismenorrea. A dismenorrea é a principal causa de busca de atendimento ginecológico em adolescentes e de ausência das mulheres na escola ou no trabalho, apresentando, na população geral, prevalência entre 54,5 e 88% e, em adolescentes, entre 60 e 70%. Foi realizado um estudo, onde 65% das mulheres apresentavam dor, com uma média de 7,5 (em escala de 0 a 10) e 30% delas se abstenham do trabalho, quando não havia um prejuízo de 66,8% na produtividade (PASSOS *et al.*, 2008; WENDER *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2018; STALLBAUM *et al.*, 2018)

A dismenorrea é caracterizada por dor recorrente, de intensidade variável, em cólica, no abdome inferior acompanhando o período menstrual, podendo ser classificada em primária e secundária. A primária apresenta um diagnóstico de exclusão, quando não há causa orgânica que justifique o sintoma. Já a secundária ocorre quando há causa orgânica, normalmente em mulheres na quarta ou quinta década de vida, podendo ser: endometriose, adenomiose, cisto de ovário ou aderências pélvicas, sendo diagnosticada com o auxílio de exames complementares (WENDER *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2018; STALLBAUM *et al.*, 2018).

Não há fatores de risco bem estabelecidos, mas em um estudo foi identificado que a prática regular de exercícios físicos, equilibrando hormônios com a liberação de endorfinas, melhorando o fluxo sanguíneo e o funcionamento dos órgãos pélvicos e extrapélvicos, diminui os sintomas relacionados a dismenorrea primária. Entre as mulheres sedentárias, 92% relatou sentir cólica menstrual intensa ou moderada, sendo que entre as praticantes de exercício físico, 88% relatou sentir cólica menstrual leve ou moderada (SANTOS *et al.*, 2018).

Dessa forma, esse trabalho visa abordar fisiopatologia, o exame clínico e complementar, diagnósticos diferenciais, complicação, tratamento e prevenção da SPM e da dismenorrea, uma vez que é de extrema importância minimizar cada vez mais os incômodos e sintomas para que as mulheres tenham uma vida mais equilibrada e satisfatória, com menores fatores inconvenientes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica sobre SPM e dismenorrea. Para tanto, foram pesquisados artigos indexados nas plataformas de pesquisa SciELO, MEDLINE, PubMed, livros referência e diretrizes e manuais elaborados por sociedades da área com os descritores de pesquisa *síndrome pré-menstrual*, *transtorno disfórico pré-menstrual* e *dismenorrea*, em português e inglês. De todas as referências listadas, aquelas que abordavam os aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, clínicos, diagnósticos e seus tratamentos foram incluídas nesse estudo, composto por 40 trabalhos, entre os anos 1994 e 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Síndrome pré-menstrual

Fisiopatologia

A etiopatogenia da síndrome pré-menstrual permanece desconhecida e, por isso, muitas hipóteses têm sido cogitadas. Porém, há um consenso de que seja secundária à atividade cíclica ovariana (WENDER *et al.*, 2011).

A menstruação não é um fator fundamental, visto que os sintomas se mantêm mesmo após histerectomia. A origem parece ser consequência de uma interação complexa entre hormônios esteroides ovarianos, peptídeos opioides endógenos, neurotransmissores centrais, prostaglandinas, sistemas autonômicos periféricos e endócrinos (WENDER *et al.*, 2011).

Diagnóstico

Há cerca de 100 sintomas que podem constituir o quadro clínico da SPM. Esses estão associados com a fase lútea do ciclo menstrual e devem começar no mínimo cinco ou sete dias antes e desaparecem em até quatro dias após o início da menstruação. Dos sintomas psicológicos, 80% correspondem à labilidade de humor. Outros que podem estar presentes são insônia ou aumento da sonolência, irritabilidade, depressão, diminuição da memória, confusão e concentração diminuída. Nas queixas físicas há aumento do volume abdominal, sensação de fadiga, cefaleia tensional, enxaqueca, mastalgia, dores generalizadas, aumento de peso, fogachos, tonturas, náuseas e palpitação. São frequentes, ainda, mudanças de comportamento como aumento de apetite, mudança nos hábitos alimentares, desejo por alimentos específicos, maior permanência em casa e alteração da libido (WENDER *et al.*, 2011; HALBREICH *et al.*, 2003; HOFFMAN *et al.*, 2014; ACOG, 2000).

Para o diagnóstico, a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2000) recomenda realizar diário menstrual, por dois a três meses consecutivos, a fim de avaliar o padrão dos sintomas. O que inclui critérios como a presença de um ou mais sintomas somáticos e/ou emocionais durante os cinco dias que antecedem o ciclo menstrual ou durante a fase lútea. Quando se tem até três desses sintomas presentes (físicos ou emocionais), a SPM é considerada leve e, até quatro sintomas, moderada (BORENSTEIN *et al.*, 2007).

Diagnóstico diferencial

O TDPM é uma variante mais severa da síndrome pré-menstrual, com a oscilação do humor como fator mais perturbador e debilitante, sintomas de humor e comportamentais mais intensos que na SPM, comprometendo o funcionamento social, ocupacional e escolar. Além disso, podem durar de cinco a 14 dias, piorar com a aproximação da menstruação e cessar de forma imediata ou logo após o início do fluxo menstrual (VALADARES *et al.*, 2006).

Para o diagnóstico de TDPM, cinco dos seguintes sintomas devem estar presentes e pelo menos um deles deve ser: humor deprimido, desesperança e autodepreciação; ansiedade relevante, tensão, sentimentos de estar com os “nervos à flor da pele”; considerável instabilidade emocional; raiva ou irritabilidade continuada e conflitos interpessoais ampliados. Os outros sintomas são: interesse reduzido pelas atividades habituais; sensação de dificuldade em se concentrar; letargia, fadiga ou expressiva indisposição; alteração expressiva do apetite, excessos alimentares ou avidez por alimentos específicos; hipersonia ou insônia; sentimentos subjetivos de descontrole emocional; alguns sintomas físicos, como sensibilidade ou inchaço das mamas, cefaleia, mialgia, artralgia, sensação de inchaço geral e ganho de peso (VALADARES *et al.*, 2006).

Dessa forma, para diferenciar a SPM do TDPM deve-se notar as diferenças na prevalência (SPM: 75 a 80%, TDPM: 3 a 8%), no número e nos tipos de sintomas, além do profissional médico que geralmente faz o diagnóstico, sendo o ginecologista responsável pelo de SPM e o psiquiatra pelo de TDPM (VALADARES *et al.*, 2006).

Tratamento

A princípio, deve-se orientar e educar as pacientes e familiares a respeito da SPM e TDPM com empatia e paciência. O tratamento deve ser individualizado, considerando sinais e sintomas predominantes, gravidade do quadro, efeitos colaterais e as necessidades da paciente (WENDER *et al.*, 2011; APPROBATO *et al.*, 2001; RAPKIN & MIKACICH, 2008).

A abordagem adotada pode ser conservadora (não farmacológica) ou farmacológica. Dentre as intervenções conservadoras, a principal é a orientação quanto à mudança do estilo de vida. Adequações dietéticas proporcionam melhora nos sintomas, sendo recomendada uma dieta rica em proteínas, fibras e pobre em ingestão de gorduras insaturadas. Deve-se reduzir o consumo de alimentos ricos em açúcares e sódio, e bebidas cafeinadas, como chá, café e à base de cola. Os exercícios físicos, sobretudo os aeróbicos, são recomendados devido à liberação de endorfina, grandes aliados do bom-humor. Além disso, orienta-se sobre a supressão do tabaco, moderação do etilismo e higiene do sono (WENDER *et al.*, 2011; PEARLSTEIN & STEINER, 2000).

Apesar de ainda controversa, a suplementação alimentar e vitamínica pode ser empregada nos sintomas leves. Podem ser prescritos vitamina B6 (piridoxina) na dose de 100 mg/dia; carbonato de cálcio, dose entre 1.200 a 1.600 mg/dia; vitamina E na dose de 600 UI/dia (WYATT *et al.*, 1999; WARD & HOLIMON, 1999; DOUGLAS, 2002; GHANBARI *et al.*, 2009). Além disso, a medicina complementar pode ser utilizada para alívio dos sintomas, ainda que estejam em tratamento com alguma medicação. Estudos apontam que suplementos com cápsulas de castanha-da-índia (*Vitex agnus castus*) são benéficas por sua ação agonista dopaminérgica. Vale salientar que dos 27 estudos localizados a respeito da medicina complementar no tratamento da SPM, a maioria apresentava problemas metodológicos e conclusivos (WENDER *et al.*, 2011).

Uma revisão do Cochrane de 2008 afirma que a progesterona não é efetiva para tratar SPM. Assim, pacientes que declaram melhora sintomatológica com o uso de progesterona podem estar se beneficiando somente do efeito placebo (WENDER *et al.*, 2011).

Os diuréticos são amplamente usados em pacientes com SPM que se queixam de retenção líquida e ganho ponderal, sendo mais indicados para mulheres edemaciadas e com aumento significativo do volume abdominal. A espironolactona 50 a 100 mg/dia é o diurético mais utilizado (WENDER *et al.*, 2011).

Já os anticoncepcionais orais (ACOs) podem ter eficácia terapêutica pelo fato de eliminarem a ciclicidade ovariana (WENDER *et al.*, 2011). Os ACOs contendo etinilestradiol mcg e drospirenona 3 mg demonstraram efeito no controle dos sintomas do TDPM, constituindo alternativa interessante para mulheres que desejam contracepção (PEARLSTEIN *et al.*, 2005).

A eficácia dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) no manejo da SPM é validada, apresentando taxas significativas de melhora sintomatológica (60-90%). Os ISRS podem ser utilizados de forma contínua ou intermitente, a partir do 15º do ciclo e são considerados a classe farmacológica de primeira linha para tratamento da SPM. Os medicamentos mais utilizados são citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina e venlafaxina. Eles apresentam um perfil bastante

seguro, não havendo problemas após a interrupção do uso (WENDER *et al.*, 2011). Ensaio clínico randomizado utilizando a fluoxetina nas doses de 20 ou 60 mg/dia, por seis meses consecutivos, obteve redução significativa nos sintomas de tensão, irritabilidade e disforia, assim como melhora dos sintomas físicos em comparação ao placebo (STEIER *et al.*, 1995).

Por fim temos os benzodiazepínicos que são comprovadamente eficazes no tratamento da SPM considerando, é claro, os riscos de dependência e rápida tolerância. Outra opção são os agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas que provocam uma castração médica. No entanto, aumentam o risco de osteoporose e precisam ser usados por tempo prolongado. Queixas de fogacho e atrofia urogenital também são frequentes (WENDER *et al.*, 2011).

Dismenorreia

Fisiopatologia

Admite-se que a dor da dismenorreia primária se deve à diminuição do fluxo sanguíneo uterino associado a uma atividade uterina anormal. Há aumento da pressão intrauterina, do tônus basal, da frequência e não coordenação de contrações. Alguns autores defendem que esse processo é mediado por substâncias específicas, como as prostaglandinas, o hormônio antidiurético (ADH) e a ocitocina. Desta forma, o predomínio estrogênico inicial provocaria o aumento da secreção dessas substâncias, que por sua vez levariam ao aumento da atividade uterina, isquemia e dor (ACCETTA *et al.*, 2011).

As prostaglandinas são as substâncias mais correlacionadas com a dismenorreia, principalmente à custa de PGE2 e PGF2a. Durante a menstruação, as células endometriais fisiologicamente liberam prostaglandinas, que estimulam as contrações miométriais provocando isquemia (HOFFMAN *et al.*, 2014). Em mulheres com dismenorreia intensa, entretanto, as dosagens de prostaglandinas em endométrio, miométrio e líquido menstrual são significativamente mais altos, especialmente nos dois primeiros dias de menstruação (ACCETTA *et al.*, 2011).

A hipótese da relação com o ADH provém de alguns estudos que demonstraram aumento de sua secreção nessas mulheres. Além disso, a administração exógena de ADH provocou elevação da atividade miometrial e isquemia uterina (ACCETTA *et al.*, 2011). Já a ocitocina parece ter sua secreção e sua afinidade por receptores miométriais estimulada pelo estrogênio e pela elevação dos níveis de ADH, agravando a manifestação dolorosa. Um terceiro fator é a recente descoberta de receptores para ocitocina no útero não gravídico (ACCETTA *et al.*, 2011).

Diagnóstico

O diagnóstico da dismenorreia primária é clínico, com exceção de sintomas clínicos que exigem diagnóstico de exclusão de causas orgânicas (ACCETTA *et al.*, 2011). Os sinais e sintomas terão início de um a três anos após a menarca e antes do estabelecimento de ciclos ovulatórios (ACQUA & BENDLIN, 2015). O principal sintoma é a dor pélvica, em cólica, de duração de oito a 12 horas nos quadrantes inferiores do abdome. Os demais sintomas como cefaleia, lombalgia, náuseas, vômitos, diarreia, irritabilidade são referidas associados a dor e costumam aparecer horas antes da menstruação e persistir por um a três dias (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA; 2017).

O exame físico não apresenta alterações, mas a severidade da dismenorreia pode ser classificada através do escore verbal de gravidade de Andersch Milsom, que avalia a intensidade da cólica, sintomas associados e o impacto nas atividades diárias dessa paciente (GIUDICE; 2010). Associado a severidade está a duração do fluxo menstrual, tabagismo, consumo de álcool, história de abuso sexual e obesidade, além de estresse e distúrbios emocionais (HAREL; 2008).

Diagnóstico diferencial

A dismenorreia secundária é o principal diagnóstico diferencial. Essa tem como origem um processo orgânico que leva à congestão pélvica ou espasmo uterino. A congestão pélvica pode ser causada por inflamações subagudas e crônicas (anexites, parametrites e pelviperitonites), e tumores pélvicos, nos quais o sangramento leva a sensação dolorosa. Outras enfermidades orgânicas são endometriose pélvica, distopias uterinas, leiomioma uterino, malformação genital e estenose do canal do colo uterino. Além disso, presença de dispositivos intrauterino (DIU) não medicamentoso pode levar a dor menstrual (ACQUA & BENDLIN; 2015).

Na dismenorreia secundária a dor tem seu início em qualquer momento após a menarca, especialmente acima de 25 anos. Essa dor tem caráter variável, sendo que o processo inflamatório da doença e o fator psicológico potencializam a dor, e diminuindo a eficácia dos inibidores das prostaglandinas. Além disso, a paciente pode queixar-se de sinusiorragia, dispareunia e menorragia, e apresentar alterações pélvicas em exames de imagem. É importante evidenciar uma história pregressa de exposição a doenças sexualmente transmissíveis, uso de DIU, cirurgia prévia, sangramento uterino anormal e história familiar de endometriose (ACQUA & BENDLIN; 2015).

Os diagnósticos diferenciais de dismenorreia secundária podem ter causas ginecológicas como adenomiose, menometrorragia, miomatose, aborto, anomalia uterina congênita, DIU, corpo estranho, doença inflamatória pélvica, aderências pélvicas, gravidez ectópica, carcinoma endometrial e carcinoma ovariano. Já as causas não ginecológicas estão síndrome do cólon irritável, constipação crônica, doença intestinal inflamatória, dor musculoesquelético, infecção do trato urinário e cálculo renal (ACQUA & BENDLIN; 2015).

Tratamento

Uma das formas de reduzir a severidade da dismenorreia primária é a prática de exercícios físicos. Tendo em vista os baixos custos, efeitos benéficos para saúde e possíveis efeitos colaterais decorrentes do uso prolongado de medicamentos, como os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) (DEHNAVI *et al.*, 2018). Vários estudos a relacionam com a melhora dos sintomas, com a redução do estresse e melhora da circulação sanguínea. O método pilates vem sendo bastante estudado por promover o alívio algíco, melhorar a flexibilidade e fortalecimento muscular, principalmente pélvico, sendo influência positiva na qualidade de vida (FONSECA *et al.*, 2016). Estes efeitos se relacionam com relaxamento físico e mental (MOHAMMADI *et al.*, 2012).

Uma alimentação balanceada, com pouca ingestão de gorduras, redução de consumo de sal, açúcar e cafeína, inclusão de óleo de peixe (ômega 3), magnésio, zinco, vitamina B e E, além de proteínas, podem contribuir para reduzir a dor (PROCTOR & MURPHY, 2001). A vitamina B6 é importante cofator no metabolismo hormonal, participa da regulação da produção de aminas no sistema nervoso central, interfere num maior aporte intracelular de magnésio com efeito

miorrelaxante, além de contribuir para o bloqueio da transmissão da dor. Pode ser administrada na dose de 600 mg por dia, nos 15 dias que antecedem a menstruação (FONSECA *et al.*, 2000).

Deve desencorajar o tabagismo, uma vez que esse é fator de risco para dor crônica, elevando a prevalência e intensidade de dor nos fumantes, comparado a não fumantes (WEINGARTEN *et al.*, 2011). Sugere-se que o poder vasoconstritor da nicotina poderia resultar na redução do fluxo sanguíneo para o endométrio (PARAZZINI *et al.*, 1994).

As terapias que utilizam calor aparentemente oferecem diminuição da dor em mulheres com dismenorrea primária. Esta prática pode reduzir a tensão muscular e relaxar a musculatura do abdome, diminuindo a dor causada pelo espasmo muscular, além de diminuir a congestão, e consequentemente, reduzir a compressão de nervos (JO & LEE, 2018).

Com relação ao tratamento farmacológico, por conta da elevada concentração de prostaglandinas, fármacos que atuam na redução desses níveis apresentam-se como tratamento efetivo e racional da dismenorrea primária, com eficácia que atinge os 95% (FEBRASGO, 2018). Os AINEs, por interromperem a produção de prostaglandina mediada por cicloxigenase (COX), são considerados tratamentos de primeira linha. Dentre eles, existem os inibidores não seletivos, que agem tanto na COX-1 (esta atua na manutenção da integridade da mucosa gastrointestinal) como na COX-2 e os inibidores seletivos da COX-2. É preciso, na escolha do medicamento, levar em conta a segurança, principalmente quando utilizados de maneira prolongada, como aumento de eventos cardiovasculares associados ao seu uso (FEBRASGO, 2018).

A educação da paciente é essencial, principalmente nos casos das adolescentes por conta da automedicação, uso de dose subterapêutica e uso incorreto (MARJORIBANKS *et al.*, 2003). A recomendação do tratamento deve ser feita individualmente. Na maioria dos casos, é mais efetivo quando iniciado um a dois dias antes do ciclo e continuado pelos primeiros dois a três dias de sangramento. Além disso, a tomada de AINEs junto com alimentação e aumento do consumo de líquidos pode reduzir os efeitos gastrointestinais e renais (HAREL, 2012).

Os ACOs são uma opção, principalmente se falha terapêutica dos AINEs. Atuam na inibição da ovulação e prevenção da proliferação endometrial, assim, reduz-se os níveis de prostaglandinas, leucotrienos e o fluxo menstrual (MARJORIBANKS *et al.*, 2003). Comparado com o uso cíclico de ACOs, o uso em regime contínuo demonstrara maior rapidez na atuação contra a dor. O DIU tem demonstrado eficácia benefícios semelhantes, com um decréscimo da dor em até 50% (BALDASZTI *et al.*, 2003).

Nas dismenorreas primárias severas, de 20% a 25% não respondem à terapia com AINEs e ACOs. Terapias cirúrgicas vêm sendo propostas para estes casos, como a laparoscopia para ablação do nervo uterino (LUNA) por cauterio ou laser de CO₂ e neurectomia pré-sacral (PSN), embora ainda não haja evidências suficientes para indicação (ACOG, 2018).

CONCLUSÃO

A SPM e a dismenorrea têm grande impacto no cotidiano das mulheres pela alta taxa de incidência e caráter recorrente. Existe muito a ser estudado em relação à patogenia dessas, em especial a da SPM, que ainda reside em teorias multifatoriais. Os diagnósticos são clínicos.

A respeito do tratamento, várias são as opções para as duas patologias. A escolha terapêutica adequada deve ser feita direcionando para a condição fisiopatológica mais prevalente pelo sintoma

e com a melhor adaptação à paciente. Deve-se enfatizar a importância de práticas para uma vida saudável e equilibrada, além do médico atuar de forma integral na saúde da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACCETTA, S.G. *et al.* Ginecologia Infanto-Puberal: Puberdade e Menarca, Distúrbio Menstrual e Dismenorreia. In: FREITAS, F. *et al.* (Ed). Rotinas em ginecologia. Porto Alegre: Artmed, p. 67, 2011.
- ACOG. Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstetrics & Gynecology*, v. 132, p. 249, 2018.
- ACOG. Practice Bulletin: n° 15: Premenstrual syndrome. *Obstetrics & Gynecology*, v. 95, p. 1, 2000.
- ACQUA, R.D. & BENDLIN, T. Dismenorreia. *Femina*, v. 43, p. 273, 2015.
- APPROBATO, M.S. *et al.* Síndrome pré-menstrual e desempenho escolar. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 23, p. 459-, 2001.
- BALDASZTI, E. *et al.* Acceptability of the long-term contraceptive levonorgestrel-releasing intrauterine system: a 3-year follow-up study. *Contraception*, v. 67, p. 87, 2003.
- BORENSTEIN, J.E. *et al.* Using the daily record of severity of problems as a screening instrument for premenstrual syndrome. *Obstetrics & Gynecology*, v. 109, p. 1068, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Guia de prática clínica: sinais e sintomas do aparelho genital feminino: dismenorreia/ Conselho Federal de Farmácia, 218 p. (Guias de prática clínica para farmacêuticos, 2), 2017.
- DEHNAVI, Z.M. *et al.* The Effect of aerobic exercise on primary dysmenorrhea: A clinical trial study. *Journal of Education and Health Promotion*, v. 7, p. 1, 2018.
- DOUGLAS, S. Premenstrual syndrome. evidence-based treatment in family practice. *Canadian Family Physician*, v. 48, p. 1789, 2002.
- FEBRASGO. Dismenorreia primária: tratamento. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 59, p. 413, 2018.
- FONSECA, A.G. *et al.* Vitamina B6- revisão atualizada sobre suas aplicações clínicas. *Revista Brasileira de Medicina-Caderno suplementar de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 57, p. 23, 2000.
- FONSECA, J.M.A. *et al.* A influência do método Pilates na flexibilidade muscular, sintomas e qualidade de vida em mulheres com dismenorreia primária. *Scientia Medica*, v. 26, p. 1, 2016.
- GHANBARI, Z. *et al.* Effects of calcium supplement therapy in women with premenstrual syndrome. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 48, p. 124, 2009.
- GIUDICE, L.C. Clinical practice. Endometriosis. *The New England Journal of Medicine*, v. 362, p. 2389, 2010.
- HALBREICH, U *et al.* The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, v. 28, p. 1, 2003.
- HAREL, Z. Dysmenorrhea in adolescents. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 1135, p. 185, 2008.
- HAREL, Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opinion Pharmacotherapy*, v. 13, p. 2157, 2012.
- HOFFMAN, B.L. *et al.* Questões Psicossociais e Sexualidade Feminina. In: *Ginecologia de Williams*. São Paulo: editora AMGH, p. 362, 2014.
- JO, J. & LEE, S.H. Heat therapy for primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis of its effects on pain relief and quality of life. *Scientific Reports*, v. 8, p. 1, 2018.
- JUNG, S.J. *et al.* Posttraumatic stress disorder and development of premenstrual syndrome in a longitudinal cohort of women. *Archives of Women's Mental Health*, v. 22, p. 535, 2018.

- MARJORIBAMKS, J. *et al.* Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 4, p. 1, 2003.
- MOHAMMADI, B. *et al.* The effect of aerobic exercise training and detraining on some of the menstrual disorders in non-athlete students in Lorestan universities. *The Horizon of Medical Sciences*, v. 18, p. 5, 2012.
- PARAZZINI, F. *et al.* Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of primary dysmenorrhea. *Epidemiology*, v. 5, p. 469, 1994.
- PASSOS, R.B.F. *et al.* Prevalência de dismenorreia primária e seu impacto sobre a produtividade em mulheres brasileiras – Estudo DISAB. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 65, p. 250, 2008.
- PEARLSTEIN, T.B. *et al.* Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception*, v. 72, p. 414, 2005.
- PEARLSTEIN, T. & STEINER, M. Non-antidepressant treatment of premenstrual syndrome. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 12, p. 22, 2000.
- PROCTOR, M.L. & MURPHY, P.A. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2, p. 1, 2001.
- RAPKIN, A.J. & MIKACICH, J.A. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, v. 20, p. 455, 2008.
- SANTOS, A.N.R. *et al.* Relação entre consumo alimentar, exercício físico e dismenorreia primária em mulheres de 18 a 40 anos em Belém-PA. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, v. 12, p. 806, 2018.
- STALLBAUM, J.N. *et al.* Controle postural de mulheres com dismenorreia primária em dois momentos do ciclo menstrual. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 25, p. 74, 2018.
- STEIER, M. *et al.* Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. *Canadian Fluoxetine/Premenstrual Dysphoria Collaborative Study Group. The New England Journal of Medicine*, v. 332, p. 1529, 1995.
- TEIXEIRA, A.L.S. *et al.* Relação entre o nível de atividade física e a incidência da síndrome pré-menstrual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 35, p. 210, 2013.
- VALADARES, G.C. *et al.* Transtorno disfórico pré-menstrual revisão - conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, p. 117, 2006.
- WEINGARTEN, T.N. *et al.* Smoking and chronic pain: a real-but-puzzling relationship. *Minnesota Medicine*, v. 94, p. 35, 2011.
- WARD, M.W. & HOLIMON, T.D. Calcium treatment for premenstrual syndrome. *Annals of Pharmacotherapy*, v. 33, p. 1356, 1999.
- WENDER, M.C.O. *et al.* Síndrome Pré-Menstrual. In: FREITAS, F. *et al.* (Ed). *Rotinas em ginecologia*. Porto Alegre: Artmed, p. 113, 2011.
- WYATT, K.M. *et al.* Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review. *The British medical journal/British Medical Association*, v. 318, p. 1375, 1999.
- YONKERS, K.A. & SIMONI M.K. Premenstrual disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 218, p. 68, 2018.

91

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À QUALIDADE E SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA MATERNA

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica de Enfermagem
Faculdade Estácio de Teresina,
Teresina, PI.

² Docente na Faculdade Estácio de
Teresina, Teresina, PI.

AUTORES

ROSANA SEREJO DOS SANTOS¹
SOLANGE CRISTINA FERREIRA DE QUEIROZ¹
BRUNA DE ABREU SEPULVEDRA REIS²
ALICE PEREIRA DIAS¹
ANA PAULA COSTA CARVALHO¹
IRENE RAQUEL DIAS SOUSA¹
LARISSA LUANA PEREIRA DE ABREU¹
LIDUINA GOMES DOS SANTOS¹
MAKELLYNE DA COSTA MENDES¹
SAMARA CRISTINA LIMA SOUSA¹
SUÊNIA MARIA DA SILVA LIMA¹
VALDEANE SILVA SANTOS¹
VALERIA DA SILVA CARVALHO¹
ZENAIDE DIAS LOBO¹

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Segurança do Paciente; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

Com os avanços científicos tecnológicos e a globalização as instituições de saúde como prestadoras de serviços, estas necessitaram aumentar a garantia de qualidade na assistência que é prestada aos seus clientes como forma de atender as exigências desse mercado. A segurança não é sinônimo de qualidade na assistência, mas no contexto hospitalar é à base da qualidade na saúde (TRES *et al.*, 2016).

Em busca de uma qualidade assistencial de excelência, o Ministério da saúde, em abril de 2013, institui no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente, através da Portaria nº 529/2013, com a finalidade de favorecer a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde, com a promoção e suporte à implantação, dos núcleos de segurança do paciente (NSP), afim de reduzir a um mínimo aceitável os eventos adversos (BRASIL, 2013).

Visando a redução de riscos e danos na assistência, verifica-se que há múltiplas barreiras que precisam ser vencidas. Com este enfoque a Organização Mundial da Saúde, lançou os desafios globais (RIBEIRO, 2017). O 1º desafio global “Uma assistência limpa é Uma assistência Segura, relacionando principalmente as infecções relacionadas a assistência com ênfase na higienização das

mãos e o 2º desafio “Cirurgias Seguras Salvam Vida” tem atenção aos centros cirúrgicos (WHO, 2009).

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu os Oito Objetivos do Milênio (ODM), que são chamados no Brasil de Oito Jeitos de Mudar o Mundo, os quais deveriam ter sido atingidos por todos os países até 2015. O 5º objetivo é a melhora da saúde materna, tendo como principal foco a redução de sua mortalidade. Embora nos 186 países que se comprometeram com tais metas tenha havido algum progresso em direção aos ODM, no que diz respeito ao 5º objetivo, muitos países ainda não a atingiram (SOUZA, 2014). No Brasil, embora a redução da mortalidade materna tenha avançado não foi suficiente para cumprir essas metas, por conta de complicações com o parto ou a gestação. O ritmo lento de melhora significa que o país chegaria com 25 anos de atraso às metas que deveria ter cumprido já em 2015 (SILVA, 2018).

Nesse cenário a assistência prestada à mulher no período gravídico-puerperal deve ser pautada na qualidade e segurança, apontando assim a necessidade deste estudo. Diante do exposto este capítulo tem como objetivo sintetizar as principais evidências científicas sobre a atuação de enfermeiro frente à garantia da qualidade e segurança na assistência materna.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura. Para alcançar o objetivo desta pesquisa preferiu-se pelo método da revisão, tendo em vista que esse método de pesquisa reúne e recapitula resultados de pesquisas sobre um determinado tema de forma sistemática e organizada, colaborando com o aperfeiçoamento do conhecimento em relação ao tema pesquisado.

Para que o estudo fosse desenvolvido, após ter escolhido a temática a ser abordada, foi formulada a questão norteadora, onde as pesquisadoras fizeram o seguinte questionamento: “Qual o papel do profissional da enfermagem na garantia da qualidade e segurança na assistência materna?”.

A seleção e obtenção dos artigos ocorreram através da busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) em julho e outubro de 2020. Durante busca foram utilizados os termos em saúde cadastrados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “cuidados de enfermagem” AND “Qualidade” AND “Segurança do Paciente” AND “Saúde da mulher”.

Como critérios de inclusão para seleção dos estudos foram utilizados: artigos que abordam os aspectos relacionados à assistência de enfermagem prestada a mulher em seu período gravídico puerperal com enfoque na garantia da qualidade e segurança na assistência, disponível em português, espanhol e inglês, na íntegra, gratuitas, revisados por pares e sem delimitação de tempo. Os critérios de exclusão basearam-se na leitura dos títulos, objetivos e resumos fora da temática.

O passo seguinte foi extrair as informações, caracterizar as evidências a serem comparadas, com a finalidade de discutir os principais resultados e conclusões dos estudos. Realizando uma análise de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Na elaboração deste estudo, buscou-se descrever de forma clara e sistemática todas as etapas percorridas pelos autores para a elaboração da pesquisa e apresentar os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a busca dos artigos nas bases de dados, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultando em uma mostra final de 16 artigos distribuídos nas bases de dados. Foi possível perceber que os estudos apontaram uma série de fatores envolvendo muito além da assistência, gestão e infraestrutura, caracterizando principalmente organização de processo de trabalho de equipes interdisciplinares, comunicação interpessoal e a satisfação/insatisfação das mulheres e ou familiares com o contexto de cuidado e assistência recebida, assim como o uso indiscriminado de intervenções desnecessárias (STREFLING *et al.*, 2018).

O enfermeiro é destacado como o profissional que tem o maior contato com o paciente e, diante disso, fica responsável por maior parte dos cuidados e procedimentos realizados. Este atua com o propósito de diminuir as sequelas causadas pela doença e desenvolve uma assistência focada no estado mental, espiritual e físico.

A assistência materna envolve peculiaridades específicas, desde o planejamento familiar, ao período gestacional e parto, que é quando procuram uma assistência e, para compreender como a sua saúde e do seu filho, esses fatores desencadeantes passam a ser um ator ativo no seu processo de cuidado. A vivência deste momento é inesquecível que poderá deixar marcas para resto da sua vida, por isso há uma necessidade de ofertar uma segurança no processo e uma assistência de qualidade em sua dimensão (BRASIL, 2014).

A qualidade da assistência de enfermagem é um processo que requer do profissional enfermeiro, responsável pela gestão do cuidado ao paciente, um atendimento integral às necessidades humanas, ou seja, um atendimento holístico, que proporcione além do cuidado humanizado, uma segurança a aplicabilidade da assistência ofertada (GABRIEL *et al.*, 2010).

Bowers e Cheyne (2016), afirmam que a qualidade do cuidado em serviços de saúde depende de um conjunto estruturado e complexo do processo de trabalho, que envolve a equipe multidisciplinar, as condições de trabalho, a rotina e a infraestrutura do sistema de saúde, tendo a gestão um papel importante nesta articulação.

Desde ano 2000 no Brasil, as ações com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal criam o Programa Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), como um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e nascimento, articulando os pontos de atenção em rede à regulação obstétrica (BRASIL, 2000).

Em consonância com a PHPN, Dornfeld e Pedro (2015) apontam como os profissionais de saúde, com destaque para a enfermagem, estão conscientizados sobre os benefícios das boas práticas, como o contato pele a pele pós-parto, como estratégia que configura um cuidado seguro na maternidade.

Foi publicado em 2014 o documento Segurança Sanitária em Atenção Materna e Neonatal: segurança e qualidade, para o fortalecimento dos serviços de saúde onde a assistência é prestada, objetivando reduzir os agravos resultantes do próprio processo reprodutivo e minimizar os danos relacionados ao processo assistencial, além de contribuir para uma assistência que tenha como focos principais a segurança e a humanização (ANVISA, 2014).

A busca pela qualidade na assistência materna cresce constantemente, e estudos apontam os avanços e resultados positivos no que diz respeito às políticas públicas voltadas para mulher em sua integralidade. Dentre esses avanços, encontra-se a criação da Rede Cegonha em 2011, pelo o

Ministério da Saúde, com o objetivo de fomentar avanços e assegurar essa assistência de boa qualidade, que garante a mulher uma assistência humanizada, segura e qualificada durante a gravidez, parto, e o puerpério.

CONCLUSÃO

Observou-se que, para eficiente atuação do enfermeiro no nível de decisão técnico-científica e ético-profissional, para garantir e proporcionar o menor risco de erro, torna-se necessário o contínuo estudo, a revisão do processo de enfermagem pelos enfermeiros, a fim de elevar progressivamente a qualidade de prestação de cuidados e medidas que visam atender às necessidades básicas do ser humano com segurança e conseqüentemente com qualidade. Dessa forma, novos estudos são necessários a fim de sustentar a importância do enfermeiro na garantia de um processo de cuidado seguro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília; 2014. 103 p.
- BOWERS, J. & CHEYNE, H. Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. *BMC Health Services Research*, v. 16, p. 16 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno Humaniza SUS - Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília, DF, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM n.º 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2000.
- DORNFELD, D. & PEDRO, E.N.R. The health team and the safety of the mother-baby binomial during labor and birth. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 33, p. 44, 2015.
- GABRIEL, C.S. *et al.* Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, p. 529, 2010.
- RIBEIRO, M.M. Drogas e redução de danos: Direitos das pessoas que usam drogas. Saraiva Educação SA, 2017
- SILVA, S.C. Percepções das profissionais da saúde acerca da cultura de segurança do paciente na internação obstétrica. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.
- Souza, Â. R. de. Saúde da mulher: determinantes de óbito por causa materna no ciclo gravídico-puerperal. 92f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Programa de Pós- Graduação em Ensino em Ciências da Saúde (MPECS), Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho, 2014.
- STREFLING, I.S.S *et al.* Segurança do paciente no contexto da maternidade: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual*, v. 86, p. 1, 2018.
- TRES, D.P. *et al.* Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, p. 1, 2016.
- World Health Organization. WHO guidelines for safe sur-gery. Geneva: WHO; 2009.

92

DEPRESSÃO PÓS-PARTO E O PAPEL DA ENFERMAGEM

FILIAÇÃO

¹ Graduanda de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.

AUTORES

LUIZA CARMELITA BORGES GONÇALVES¹
RAYSSA RAVELLI DOS SANTOS¹

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Enfermagem; Saúde.

INTRODUÇÃO

A depressão é um mal que assola a sociedade moderna e seus dados preocupam cada vez mais. Segundo Guimarães (2017), que se baseou em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é a maior causa de incapacitação e invalidez no mundo, acometendo em torno de 350 milhões de pessoas, mostrando um crescimento mais elevado do que se previa há uma década. De acordo dados internacionais de Fisher *et al.* (2012), foram detectadas 15% de mulheres com depressão no transcorrer da gestação e cerca de 20% com Depressão Pós-Parto (DPP).

Além disso, a DPP apresenta prevalência de 10 e 20% (MORAES *et al.*, 2006). De acordo com Rodrigues e Schiavo (2011), mais de 75% das gestantes apresentam sinais significativos de estresse em algum nível.

A DPP é um problema de saúde pública, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. Assim, a enfermagem tem o papel de observar o estado emocional dessas pacientes e acolhê-las da melhor maneira.

O objetivo deste estudo foi analisar brevemente a DPP e, mais a fundo, a atuação da enfermagem pertinente a tal condição médica. Para isso, foi discutido o conceito, diagnóstico, tratamento e prevenção; identificação os possíveis danos que afetam a mãe e o desenvolvimento da criança; bem como a abordagem do enfermeiro em mulheres com DPP.

MÉTODO

A pesquisa na área da enfermagem apresenta uma relação de interdependência com a prática clínica. Foi utilizada uma revisão bibliográfica de literatura, com abordagem qualitativa, descritiva e explicativa, elaborada a partir de material já publicado, como livros, artigos e periódicos, que permitiu explicar de maneira mais abrangente sobre a DPP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceito

A DPP é uma condição médica que afeta algumas mães após o parto, conceituada como um tipo de transtorno mental acompanhado de tristeza excessiva e sensação de incompletude, e este sentimento tem por consequência uma perda de interesse e prazer do papel materno, causando dentre outros a rejeição do próprio filho (GOMES *et al.*, 2010), fazendo com que a mães tenham, por exemplo, pensamentos negativos intensos e constantes nos meses que seguem ao nascimento do bebê. A DPP começa, geralmente, a partir das primeiras semanas após o parto, alcançando, habitualmente, sua intensidade máxima nos seis primeiros meses.

Embora exista um quadro conhecido como tristeza puerperal ou *baby blues*, com sintomas semelhantes aos da depressão, essa tem início entre três e quatro dias pós-parto e os sintomas não são tão preocupantes quanto os da depressão. Distingue-se também o distúrbio de pânico pós-parto e as psicoses puerperais.

Causas

De acordo com Silva (2006), a fase puerperal corresponde a um momento importante da vida da mulher, lembrando que a mesma passa por mudanças biológicas como também transformações de ordem subjetivas. Sendo assim, os riscos para o aparecimento dos transtornos aumentam em face das preocupações, anseios e planejamentos realizados e sentidos pela puérpera.

Não existe uma causa única conhecida a DPP. Ela pode estar associada a vários fatores sendo eles, físicos, emocionais, ligados a qualidade de vida, a renda ou até mesmo antecedentes de problemas e transtornos mentais.

Entre os fatores, existem os psicossociais, a preferência por sexo da criança, apoio do pai e o fato de pensar em interromper a gravidez são variáveis associadas intimamente com DPP. O estresse gerado faz com que o corpo trabalhe gastando maior nível de energia, quando gastado durante a gestação ou no puerpério a tendência da mãe ter DPP é muito maior. Evidências demonstram que a depressão pré-parto é um dos principais fatores de risco para depressão pós-parto, sendo esta, muitas vezes, continuação da depressão iniciada na gestação.

Outros fatores de risco podem ser listados: histórico de DPP anterior; falta de apoio da família, parceiro e amigos; estresse, problemas financeiros ou familiares; falta de planejamento da gravidez; limitações físicas anteriores, durante ou após o parto; depressão antes ou durante a gravidez; depressão anterior; transtorno bipolar; histórico familiar de depressão ou outros transtornos mentais; história de desordem disfórica pré-menstrual, que é a forma grave de tensão pré-menstrual, e violência doméstica.

Além disso, ter passado por intercorrências na gestação, tais como convulsões, sangramento, hematoma subcoriônico e hipertensão, como também outras vivências de complicações médicas na gestação aumentam as chances de desenvolver DPP. Outra causa preocupante é o nascimento via cesariana, puérperas que realizaram cesarianas, sobretudo de emergência, apresentaram sinais de sofrimento psíquico relacionado à cirurgia nas primeiras semanas após o parto.

O conhecimento dos fatores de risco da DPP é importante para o planejamento e execução de ações preventivas, uma vez que, a intervenção precoce, utilizando uma estratégia psicoterapêutica específica para gestantes, pode resultar em uma redução significativa na sintomatologia depressiva. (ARRAIS *et al.*, p.714, 2018).

Consequências

A depressão traz um sentimento de tristeza profunda para mulher num momento que, na maioria das vezes, é pra ser o mais marcante positivamente da vida dela. Ao invés da felicidade acometer essa mulher, ela tem dificuldade de criar laços com seu bebê, perde o apetite ou alimenta-se mais que o normal, tem insônias ou dorme demais, choros excessivos, sente-se muito deprimida, tem alterações severas de humor, perda de energia, irritabilidade e raiva intensas, medo de não ser boa mãe.

Por causa desses desânimos e mudanças bruscas de sentimento, a mãe perde o interesse e prazer em realizar atividades que antes eram costumeiras, sente-se inútil, envergonhada e culpada, parece que não consegue dar conta de simples tarefas diárias. Assim, as crises de ansiedade e pânico aumentam, favorecendo pensamentos mórbidos, como vontade de se ferir ou ferir o bebê e até o suicídio. Ainda pode, devido a todos esses fatores, ocorrer um menor desenvolvimento cognitivo da criança, pois os laços que não foram formados por causa da rejeição materna afetam principalmente o bebê, uma vez que na primeira infância o maior vínculo e desenvolvimento ocorrem a partir da troca de experiências com a mãe.

Tratamento e Prevenção

O tratamento da DPP pode ser feito individualmente ou em grupos, conforme cada caso, com medicamentos antidepressivos combinados com psicoterapia. O aconselhamento e apoio da família, parceiro(a) e amigos é fundamental, pois ajuda a tratar e a prevenir depressão, DPP e depressão durante a gravidez. Todo o tratamento é oferecido de forma integral e gratuita por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

No SUS, os profissionais, como os médicos, enfermeiros, entre outros, são capacitados para identificar sinais e fatores de risco no pré-natal que podem levar a gestante a desenvolver depressão após o nascimento do bebê. As equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental, por intermédio do Núcleos de Apoio à Saúde da Família ou de outras equipes de saúde mental do município. Alguns casos considerados mais graves, que precisem de um cuidado intensivo, estes devem ser encaminhados aos Centros de Atenção Psicossocial ou outros serviços de referência em saúde mental do município ou da região. Os casos que apresentem riscos, como de suicídio ou de infanticídio devem ser encaminhados para a internação, de preferência em hospital geral.

É de suma importância a identificação dos sintomas iniciais que desencadeiam a DPP no puerpério, pois quanto antes se detectarem os fatores de risco e de proteção contra a doença, melhor assistência poderá ser oferecida à puérpera. Dado que a alta prevalência de DPP encontrada reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento, como o Pré-Natal Psicológico (PNP).

O PNP é uma intervenção grupal para gestantes insere-se em um contexto de prevenção de doenças psíquicas e promoção de saúde mental, por oportunizar espaço importante para que mães e pais exponham suas vivências, fantasias, medos, angústias, alegrias e tristezas advindas desse processo, e possam trocar experiências e construir juntos, a nova função parental. Este tipo de pré-natal se propõe a prevenir situações adversas potencialmente decorrentes na gestação e no pós-parto, principalmente pelo seu caráter vivencial e interativo. Busca proporcionar às gestantes um entrosamento com outras mulheres que comungam sentimentos, sensações e emoções em um momento semelhante de suas vidas, porém vivido de forma idiossincrática por cada gestante ou casal. (ARRAIS *et al.*, p.714, 2018.).

Para as pessoas que convivem com mulheres sintomáticas dessa doença, é válido lembrar que o apoio é essencial para a eficácia do tratamento. Ouvir, incentivar, ajudar nas tarefas básicas, como também ajudar a cuidar do bebê são atitudes simples, mas relevantes, pois a DPP é uma condição médica que requer tratamento e apoio de pessoas próximas.

Papel da Enfermagem

A atuação referente a saúde da mulher pelo SUS, manifesta-se mediante da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que visa cuidados sobre a atenção obstétrica e neonatal (COREN, 2014).

O enfermeiro é habilitado em conduzir as consultas do pré-natal de baixo risco obstétrico, por intermédio de atendimento programado, sendo intercalado com o médico, tencionando monitorar o progresso da gestação, detecção de complicações gravídicas, e tratamentos. Dentre as atribuições previstas estão a consulta de enfermagem com solicitação de exames laboratoriais e de imagens, realização do exame obstétrico, atualização do cartão vacinal, instruções sobre o parto, puerpério, aleitamento materno e os cuidados com o RN (DUARTE, ALMEIDA, p.1029, 2014).

A mulher passará por várias transformações físicas, hormonais e emocionais, e essas experiências podem interferir em sua saúde física e mental, contudo essas situações variam de acordo ao âmbito de vida. Logo, é no pré-natal que o enfermeiro atua de forma sublime na preparação física e especialmente psicológica, ampliando suas ações educacionais com foco no processo do cuidado perante a saúde materno-infantil (RIOS & VIEIRA, 2007).

É fundamental que o enfermeiro amplie suas ações durante todo o acompanhamento no pré/pós-natal focando na saúde integral da mulher. Entretanto, para essa prática se concretizar é necessário que o profissional realize uma boa anamnese e coleta de dados sobre a vida pessoal e familiar da gestante, reconhecendo os fatores de riscos para a DPP e realizar as intervenções adequadas de apoio emocional (DUARTE & ALMEIDA, 2014).

A atuação profissional sobre a saúde mental da gestante enfatiza a prevenção de transtorno puerperal, na qual, o enfermeiro deve desempenhar assistência sobre os elementos relacionados ao conjunto biopsicosocioespíritual, que venha interferir nas circunstâncias referentes à saúde da mulher em geral (MURATA *et al.*, 2012).

Conforme Mendes *et al.* (2018), o atendimento pelo enfermeiro no puerpério, permite um acompanhamento criterioso, possibilitando avaliar as condições maternas biológicas e psíquicas,

favorecendo a identificação e solução do problema reconhecido, impedindo que os impactos na saúde materna e da criança se concretizem. Ou seja, segundo Silva (2018) o enfermeiro tem que estar em alerta, observar a gestante para poder dar suporte psicológico para esta mulher tanto no pré-natal quanto no pós-parto observando o estado emocional da paciente identificando quaisquer sintomas que possam levar à DPP.

Nela, o enfermeiro pode colaborar de forma satisfatória, pois ao conhecer a situação vivida. Este profissional pode auxiliar a puérpera, ajudando-a a superar e se preparar melhor para as novas condições que o puerpério exigirá dela, contribuindo para uma maternidade tranquila tanto no binômio mãe-filho como no contexto familiar (KOGIMA, 2004), por exemplo, verificando e incentivando o aleitamento materno, pois um dos primeiros sintomas que a mulher vai apresentar é o desinteresse pelas mamadas e pela higiene do filho. Deve-se fortalecer o vínculo mãe e filho, uma vez que na maioria das vezes acontece com primíparas – mães de primeira viagem – que acreditam que não são capazes de cuidar do filho. Também pode-se observar irritabilidade com o choro da criança e a transferência do cuidado da criança para entes próximos (avós e tios).

Deste modo, é notório que o enfermeiro é um profissional de saúde que possui grande vínculo com os pacientes na rotina ambulatorial dos serviços de saúde. Sendo relevante sua qualificação na assistência em diversas questões, especialmente na atuação de distúrbios psíquicos (SILVA & BOTTI, 2006).

CONCLUSÃO

Dado o tema exposto observa-se que a DPP é mais comum do que parece, visto que é um acometimento psicológico em que a mãe acaba por se desligar do filho e acaba prejudicando sua prole, mesmo que não seja de sua intenção.

Como observado, os dados demonstram que os fatores se repetem, mas os estudos, programas e tratamentos sobre essa doença, ainda são pouco difundidos. Faz-se necessário uma expansão das informações da DPP não apenas no contexto hospitalar diante de gestações ou no momento do parto, mas para que as mulheres e famílias possam ter acesso ao acompanhamento psicológico durante essa fase transitória da vida.

O enfermeiro é um profissional que coordena equipes de saúde no âmbito hospitalar, ou seja, é importante que ele esteja atento para reconhecer e que seja hábil para realizar e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde e da qualidade de vida da mulher nesse período. E, assim, seja feito um diagnóstico precoce para que o tratamento tenha eficiência, evitando que maiores traumas aconteçam tanto na criança quanto na mãe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRAIS, A.R. *et al.* Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, p. 711, 2018 .

COREN-GO. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do Estado de Goiás. 2014. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/protocolo-de-enfermagem-naatencao-primaria-a-saude-do-estado-de-goias>. Acesso 13 abr. 2019.

DUARTE, S.J.H. & ALMEIDA, E.P. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. *Revista de enfermagem do centro oeste mineiro*, v. 4, p. 1029, 2014.

FISHER, J. *et al.* Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 90, p. 139, 2012.

GOMES, L.A. *et al.* Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 11, p. 117, 2010

GUIMARÃES, S.A. Depressão é o “Mal do Século?” 2017. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/saudenaval/content/depress%C3%A3o-%C3%A9-o-%E2%80%9Cmal-do-s%C3%A9culo%E2%80%9D>. Acesso em 25 abr. 2019.

KOGIMA E. O. O entendimento dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal [dissertação]. São Paulo: Faculdade da Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2004; 123p. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/14292?show=full>. Acesso em: 29 Abr. 2019.

MENDES, A.C. *et al.* Educação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria no curso de licenciatura em enfermagem. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, v. 14, p. 73, 2018.

MORAES, I.G.S. *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 65, 2006 .

MURATA, M. *et al.* Sintomas depressivos em gestantes abrigadas em uma maternidade social. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, p. 194, 2012.

RIOS, C.T.F. & VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 477, 2007.

RODRIGUES, O.M.P.R. & SCHIAVO, R.A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* , v. 33, p. 252, 2011.

SILVA, D.C. Depressão pós-parto: o papel do enfermeiro durante o pré-natal, 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/depressao-pos-parto#3-O-PAPEL-DO-ENFERMEIRO-DURANTE-O-PRE-NATAL-NA-PREVENCAO-DE-DPP>. Acesso em: 25 abr. 2019.

SILVA, E.T. & BOTTI, N.C.L. Depressão puerperal—uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 7, p. 231, 2006.

93

NEGLIGÊNCIA EM SAÚDE E FALTA DE INFRAESTRUTURA NO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL

FILIAÇÃO

¹ Discente do curso de medicina pela Universidade de Itaúna. MG.

² Docente da disciplina de bioestatística no curso de medicina da Universidade de Itaúna e doutora em fitopatologia pela UFV. MG.

AUTORES

REBECA FREITAS SILVA¹

REBECA TOLEDO CALDAS¹

DÉBORA DO AMARAL TEIXEIRA²

Palavras-chave: Maternidade; Cárcere no Brasil; Infraestrutura.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, os mecanismos de aprisionamento passaram por muitas modificações. No entanto, um aspecto importante acerca desses mecanismos diz respeito às estruturas físicas das instituições prisionais, que sempre prezaram pela reclusão total da pessoa encarcerada, sem a implementação de políticas de ressocialização nesse ambiente (KLANOVICZ & BUGAI, 2019). Dessa forma, a análise do histórico de aprisionamento feminino no Brasil remonta essa política de aprisionamento e as diversas negligências que se arrastaram desde o período colonial (ANGOTTI, 2012). Essas políticas foram apenas reformuladas em busca da humanização do punitivismo no ano de 1824, com a construção da primeira Constituição Brasileira (KLANOVICZ e BUGAI, 2019).

O abandono estatal ainda se manteve, haja vista a inexistência de espaços reservados às mulheres encarceradas, que não raras vezes, dividiam celas com homens. Além disso, pela escassez frequente de itens necessários à sobrevivência, estas mulheres encontravam na prostituição a saída para protelar os efeitos das iniquidades sociais vivenciadas dentro dos presídios. Por fim, cabe salientar que debates acerca das condições do cárcere feminino no Brasil só foram levantados no século XIX. No entanto, apenas na década de 1940 que presídios exclusivamente femininos foram criados em alguns estados brasileiros. Nessa época, as propostas de humanização e prestação de assistência à saúde dessas gestantes eram muito criticadas. Estas críticas, embora permeassem o meio social, não impediam que as autoridades da época reconhecessem o gestar e a relação mãe-filho enquanto mecanismos essenciais para a “renovação das futuras gerações” (ANGOTTI, 2012).

Cabe também destacar outros marcos importantes no século XX acerca do aprisionamento no Brasil, como a promulgação da Lei de Execuções Penais nº 7.210 em 1984, vigentes até a atualidade, e que discorrem acerca das condições dos presídios e do aprisionamento em território

nacional (BRASIL, 1984). À vista disso, torna-se primordial entender os direitos das mulheres privadas de liberdade no que concerne o gestar, uma vez que, ainda são observadas iniquidades nesse sentido (MATÃO *et al.*, 2016). Dessa forma, a Constituição Federal, em seu inciso L do art. 5º, assegura a relação mãe-filho durante o aleitamento materno (BRASIL, 1988). Além disso, o Código Penal Brasileiro pela Lei nº 7.210 art. 89, aliado com a resolução nº 04, de 15 de julho de 2009, do Conselho Nacional de Política Criminal, garantem toda a infraestrutura necessária para o binômio mãe-filho nos presídios, como seção para gestante e para parturiente e creche (BRASIL, 1984; CNPCP, 2009).

É importante ainda elencar as políticas públicas brasileiras do século XXI relacionadas à garantia à saúde das pessoas privadas de liberdade. Assim, o Ministério da Saúde lançou, no ano de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que pela primeira vez colocou a pessoa privada de liberdade exclusivamente sob os cuidados do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A implementação do PNAISP foi fundamental para que as gestantes, as parturientes e as puérperas privadas de liberdade fossem incorporadas à Rede Cegonha. Os filhos dessas mulheres também tiveram seus direitos à assistência à saúde reafirmados por meio dessa política (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Entretanto, ainda existem dificuldades para que os direitos dessas mulheres sejam assegurados, haja vista as negligências ainda permeantes no sistema prisional como um todo por parte do sistema (MATOS *et al.*, 2018) e também pela conjuntura penal brasileira não se adequar às realidades do cárcere feminino, no que concerne à sua estrutura física principalmente, não abarcando todas as necessidades inerentes à maternidade (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Torna-se fundamental que o perfil do encarceramento no Brasil seja traçado. Atualmente, a população prisional brasileira é composta por 748.009 pessoas (INFOPEN, 2019). Dessa população total, 4,94% são mulheres e 95,06% são homens. O fato histórico da população encarcerada feminina ser minoria no sistema prisional já contribui para a perpetuação de iniquidades para com essas mulheres. O cárcere perpetuo e é uma extensão do lugar social que essas mulheres já ocupavam no meio social geral (ANGOTTI, 2012).

À vista disso, esses números e a política de aprisionamento do Brasil, colocam o país na terceira posição no ranking de maiores populações carcerárias do mundo. O Brasil ocupa o quarto lugar no ranking de maiores populações carcerárias femininas do mundo, ressaltando a urgência em analisar adequadamente esse evento (INSTITUTE FOR CRIMINAL POLICY RESEARCH, 2020).

Outro aspecto importante acerca do cárcere feminino a ser analisado, diz respeito ao grande crescimento do aprisionamento de mulheres no Brasil que, de acordo com o Infopen (2019), entre os anos 2000 e 2019 observou-se um crescimento aproximado de 564%. Essa taxa representa um valor próximo ao dobro da taxa de crescimento da população prisional total, que, no mesmo período observado, foi de 225%, o que comprova que a cada ano prende-se mais mulheres no Brasil.

Diante do quadro exposto, é de extrema importância que aspectos atinentes à maternidade no sistema prisional sejam mapeados. Atualmente, as mulheres que compõem o sistema prisional abarcam 1446 filhos. Além disso, existem 276 gestantes/parturientes e 225 lactantes (INFOPEN, 2019).

O objetivo deste estudo foi analisar dados acerca do suporte oferecido às mulheres no período de maternidade no sistema prisional brasileiro e investigar a infraestrutura que é oferecida às mães e às crianças envolvidas, relacionando a realidade brasileira com as preconizações legais

do Estado e averiguar a quantidade e a qualidade de dados ofertados aos cidadãos acerca do sistema carcerário no Brasil.

MÉTODO

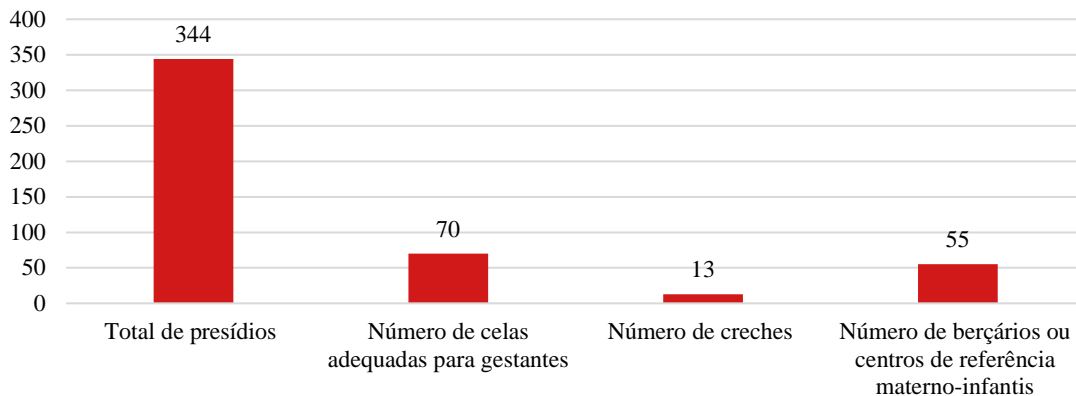
O estudo empírico quantitativo com análise descritiva foi realizado através do levantamento de dados de julho a dezembro de 2019, obtidos do “Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen”, no site do Departamento Penitenciário Nacional, do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Para a análise inicial acerca do número total de presídios femininos e mistos, foi aberta a aba “Informações Gerais” e o subtópico “População Prisional Por Estabelecimento”. Em seguida, para melhor quantificar o número total desses presídios, foram selecionados o “Modo de foco” dos filtros “Estabelecimento Feminino” e “Estabelecimento Misto”, e assim, os presídios foram contados um a um e registrados. Posteriormente, foi explorada a aba “Saúde no Sistema Prisional” e a aba “Maternidades – Equipes e Estrutura Física” para a determinação do número de dormitórios adequados para gestantes, creches e berçários ou centros de referência materno-infantis. Além disso, nestas mesmas abas, foram analisados os presídios femininos e mistos de todo o país a fim de determinar as taxas de subnotificação de cada estado brasileiro em relação à presença ou à ausência de celas adequadas para gestantes e berçários. A análise da subnotificação foi feita usando-se os filtros disponíveis para cada estado. Posteriormente, foram selecionados apenas os presídios femininos e mistos de cada estado analisado, a fim de registrar os estabelecimentos que forneceram ou não dados ao Infopen no período estudado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil das mulheres no sistema carcerário brasileiro se encaixa, em sua grande maioria, em uma composição por cor/raça característica. De forma que aproximadamente 67% das mulheres encarceradas são pretas ou pardas, de acordo com dados do Infopen (2019). Esses dados, além de traçarem o perfil da mulher encarcerada brasileira, também refletem as negligências de políticas públicas para com esse recorte racial. Ademais, a maior parte das mulheres privadas de liberdade no Brasil possuem baixa escolaridade e baixa renda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Essa relativa manutenção do perfil da mulher encarcerada brasileira até a atualidade remonta a delimitação de figuras delinquentes no século XX. Ainda hoje a mulher “desviante”, em maior ou menor grau, é aquela que não atende às exigências do modelo feminino ideal no contexto familiar e social (ANGOTTI, 2012).

Os dados do Infopen 2019, mostram que existem hoje no Brasil 344 presídios femininos ou mistos. Nestes, existem 70 dormitórios adequados para gestantes, 13 creches e 55 berçários ou centros de referência materno-infantis (Gráfico 1). Esses números demonstram a precariedade infraestrutural dos presídios destinados a essas mulheres, que por sua vez, não têm suas especificidades inerentes à maternidade atendidas pelo sistema prisional (ARAÚJO *et al.*, 2014). Outros estudos, como o de Santana e colaboradores (2016), realizado no Conjunto Penal Feminino de Salvador – BA, demonstrou o abandono do suporte estrutural da penitenciária, que até possuía berçário, mas, devido à sua precariedade, encontrava-se desativado. Por esse motivo, as crianças tinham de permanecer dentro das celas com as mães.

Gráfico 1. Número total de presídios femininos ou mistos, de celas adequadas para gestantes, de creches e de berçários ou centros de referência materno-infantis no Brasil



Fonte: INFOPEN, 2019.

Os aspectos atinentes ao papel social da mulher não dialogam apenas com as repressões sofridas pelas apenadas no sistema carcerário, uma vez que, muitas eram chefes de família e eram as responsáveis pelos cuidados dos filhos antes de serem presas. Assim, a estratégia punitivista de reclusão da mulher fragiliza os laços familiares e acentua os marcadores de pobreza da família (DIUANA *et al.*, 2017). Além disso, no que concerne os aspectos de infraestrutura dos presídios, é importante notar que esses espaços não foram construídos e pensados para mulheres, o que por sua vez, contribui para acentuar os problemas de marginalização histórica da população carcerária feminina (SANTANA *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, cabe ainda ressaltar que existem carências no âmbito legislativo que garantam de fato a convivência mãe-filho durante o encarceramento. Esse déficit de políticas públicas corrobora o caráter punitivista do sistema prisional e dificulta a reinserção dessas mulheres na sociedade (VENTURA *et al.*, 2015). Ademais, a falta de espaços físicos adequados coloca em risco o desenvolvimento pleno dessas crianças, que passam a conviver com as mães privadas de liberdade em ambientes insalubres e precários. Também cabe salientar que a relação do binômio mãe-filho pode ser prejudicada pela ansiedade gerada pela separação da díade após o período de amamentação (MATÃO *et al.*, 2016), o que por outro lado ainda limita o exercício da maternidade e reduz o papel dessa mulher a de apenas nutriz (VENTURA *et al.*, 2015).

A coleta de dados no Infopen 2019 demonstrou que existem cinco equipes próprias de ginecologia e sete equipes próprias de pediatria nas penitenciárias mistas ou femininas brasileiras. Essa situação também é dissonante da determinação prevista constitucionalmente, que, por meio do 8º artigo da lei 8.069 assegura que todas as mulheres tenham acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e planejamento reprodutivo. Para mais, garante às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. Além disso, o 7º artigo da mesma lei garante que a criança e o adolescente tenham direito à proteção à vida e à saúde, através de políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

A dissonância entre os direitos constitucionais e as realidades vivenciadas nos presídios, pode ser melhor ilustrada pela pesquisa realizada por Fochi *et al.* (2017), em um presídio feminino no estado de São Paulo. As gestantes entrevistadas demonstraram preocupações quanto à

alimentação oferecida no presídio, uma vez que restrições alimentares se faziam presentes e os alimentos oferecidos não pareciam ser adequados para o momento do gestar. Observa-se ainda que a assistência à saúde à estas mulheres ainda é muito escassa, devido ao baixo índice de equipes próprias de ginecologia nos presídios mistos e femininos. Esse panorama também pôde ser confirmado e exemplificado em estudo prévio realizado em uma penitenciária feminina da região metropolitana de Goiânia, em que as apenadas revelaram não existir pediatra ou ginecologista na instituição (MATÃO *et al.*, 2016).

Outro estudo de âmbito nacional acerca da temática, realizado por Leal *et al.* (2016), demonstrou que, embora dentre as participantes 93% tenham recebido cuidados do pré-natal, apenas 32% delas tiveram atenção adequada ou mais que adequada. Todas essas iniquidades observadas contrariam as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, reforçando a histórica marginalização desse grupo social. Cabe ainda salientar que a falta de profissionais da saúde no ambiente prisional pode contribuir para o desmame precoce, haja vista a falta de assistência durante o aleitamento materno, que, por sua vez, é essencial para o enfrentamento de dificuldades inerentes à lactação (SILVA *et al.*, 2011).

Também é importante destacar o déficit de assistência à saúde às crianças que vivem no ambiente prisional junto de suas mães. Além da existência de ambientes insalubres para o desenvolvimento infantil pleno (MATÃO *et al.*, 2016), observa-se um baixo índice de equipes de pediatria nas instituições. A falta de equipes pediátricas próprias é um fator de insegurança para as mães privadas de liberdade, que não raramente também são impedidas de acompanharem seus filhos nas consultas médicas realizadas fora dos presídios (SILVA *et al.*, 2011). Dessa forma, fica evidente que a assistência à saúde materno-infantil nos presídios é muito precária e tampouco constitui uma ferramenta de ressocialização, haja vista o difícil acesso a esses cuidados (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A subnotificação

Os dados divulgados pelo Ministério da Justiça, pelo Infopen 2019, apresentam elevadas taxas de subnotificação. Isso pôde ser constatado pela verificação de que cerca de 81% dos presídios que abarcam mulheres não apresentam dados atinentes à presença ou à ausência de celas adequadas para gestantes. Além disso, 85% desses presídios não apresentam informações sobre a existência de berçários para abrigar os filhos de mulheres encarceradas (Tabela 1). Assim, o expressivo índice de subnotificações identificado reforça o cenário de negligências e iniquidades em que essas populações são submetidas no sistema prisional brasileiro.

Além das taxas de subnotificações nacionais serem bastante elevadas, é notável que alguns estados brasileiros apresentam essas taxas ainda maiores, como o Piauí e Roraima, que não apresentam nenhum dado na plataforma de busca sobre a existência ou não dos parâmetros analisados. Enquanto o Ceará, o Rio Grande do Sul e o Tocantins não apresentam dados em relação ao número de berçários ou centros de referência materno-infantis. Por outro lado, o Distrito Federal não apresenta subnotificações quanto a essas variáveis e o Mato Grosso apresenta taxas bem abaixo da média nacional, sendo que apenas 33% dos presídios do estado não apresentam informações sobre a presença de celas adequadas para gestantes, enquanto 50% não apresentam informações sobre a presença de berçários ou centros de referência materno-infantis.

Tabela 1. Índice de subnotificação nos presídios femininos ou mistos, por estado, em relação às celas de gestantes e berçários de acordo com dados do Infopen de julho de 2019

Estados/dados	Total de presídios mistos ou femininos	Celas de gestantes em branco	Berçários em branco
Acre	6	4	4
Alagoas	3	2	2
Amazonas	10	7	7
Amapá	3	2	2
Bahia	9	8	8
Ceará	8	7	8
Distrito Federal	1	0	0
Espírito Santo	5	3	2
Goiás	38	32	35
Maranhão	5	4	4
Mato Grosso	6	2	3
Mato Grosso do Sul	12	8	9
Minas Gerais	90	83	87
Pará	9	6	6
Paraná	28	25	27
Paraíba	7	4	4
Pernambuco	6	3	3
Piauí	3	3	3
Rio de Janeiro	11	10	10
Rio Grande do Norte	5	4	4
Rio Grande do Sul	23	21	23
Rondônia	15	14	14
Roraima	1	1	1
Santa Catarina	10	6	6
São Paulo	21	14	14
Sergipe	3	2	2
Tocantins	6	4	6
Total	344	279	294
Percentual entre total de presídios e dados encontrados	-	81%	85%

Esses altos índices de subnotificação, além de representarem uma limitação para a pesquisa, também traduzem a necessidade de que mais estudos acerca da temática sejam realizados, a fim de que as negligências em saúde para com as gestantes privadas de liberdade no Brasil sejam melhor mapeadas.

CONCLUSÃO

É perceptível que grande parte dos presídios femininos ou mistos do Brasil não apresenta infraestrutura adequada para receber mulheres gestantes, puérperas e seus filhos. Observa-se também poucas equipes médicas próprias nessas prisões, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde. Também foi possível averiguar a falta de infraestrutura adequada para um gestar saudável e para o exercício da maternidade. Dessa forma, essas lacunas, relacionadas ao atendimento precário prestado a essas mulheres no sistema prisional brasileiro, são dissonantes da Constituição Federal Brasileira, que garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Assim,

devem ser instituídas políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde para essas gestantes privadas de liberdade.

Os dados disponibilizados apresentam várias inconsistências e altos índices de subnotificação, o que demonstra a desatenção do Estado para com as mulheres privadas de liberdade e seus filhos. Essa insuficiência de dados é prejudicial à criação de políticas públicas voltadas para essas populações, além de não apresentar exatidão de informações para que pesquisas e estudos sejam realizados. Uma base de dados atualizada e confiável e a realização de novos estudos nessa área é extremamente necessária, possibilitando que essa comunidade possa ter seus direitos garantidos e uma maior visibilidade perante a sociedade e o Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGOTTI, B. Entre as Leis da Ciência, do Estado e de Deus. 1. Ed. São Paulo: IBCCRIM, 2012.

ARAÚJO, A.N.V. *et al.* Percepção de mães presidiárias sobre os motivos que dificultam a vivência do binômio. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 3, p. 131, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: <[BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Disponível em: <\[CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL – CNPCP. Resolução nº 04, de 15 de julho de 2009. Dispõe sobre a estada, permanência e posterior encaminhamento das\\(os\\) filhas\\(os\\) das mulheres encarceradas. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=112041#:~:text=A%20Uni%C3%A3o%20e%20os%20Estados,at%C3%A9%20dois%20anos%20de%20idade>. Acesso em: 8 set. 2020.\]\(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.>. Acesso em: 5 set. 2020.</p></div><div data-bbox=\)](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm#:~:text=L7210&text=LEI%20N%C2%BA%207.210%2C%20DE%2011%20DE%20JULHO%20DE%201984.&text=Institui%20a%20Lei%20de%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20Penal.&text=Art.%201%C2%BA%20A%20execu%C3%A7%C3%A3o%20penal,do%20condenado%20e%20do%20internado.>. Acesso em: 5 set. 2020.</p></div><div data-bbox=)

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL – INFOPEN. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen. Brasil: Jul.-Dez. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/depn/pt-br/sisdepen>. Acesso em: 01 set. 2020.

DIUANA, V. *et al.* Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. *Physis*, v. 27, p. 727, 2017.

FOCHI, M. do C.S. *et al.* Vivências de gestantes em situação de prisão. *Revista Eletrônica De Enfermagem*. São Paulo, v. 19, 2017.

INSTITUTE FOR CRIMINAL POLICY RESEARCH. World Prison Brief. Londres: 2020. Disponível em: <[KLANOVICZ, L.R.F. & BUGAI, F. de A. Mulheres no cárcere: A estrutura do sistema prisional e a construção do gênero no Brasil. *Revista História & Perspectivas*, v. 31, p. 80, 2019.](https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total.>. Acesso em: 04 set. 2020.</p></div><div data-bbox=)

LEAL, M. do C. *et al.* Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, v. 21, p. 2061, 2016.

MATÃO, M.E.L. *et al.* Maternidade atrás das grades: particularidades do binômio mãe e filho. *Revista Enfermagem Centro Oeste Mineiro*. v. 6, p. 2235, 2016.

MATOS, K.K.C. *et al.* Representações de mulheres encarceradas sobre gestar na prisão. *Revista Enfermagem UFPE Online*. p. 3069. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. 1. Ed. Brasília: 2014.

OLIVEIRA, K.R.V. *et al.* Percepção de mulheres encarceradas sobre o acesso à saúde como ferramenta de ressocialização. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 10, 189, 2020.

SANTANA, A.T. *et al.* Mães do cárcere: vivências das gestantes frente à assistência pré-natal. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 40, p. 38, 2016.

SILVA, E.F. *et al.* Maternidade atrás das grades. *Enfermagem em Foco*, v. 2, p. 33, 2011.

VENTURA, M. *et al.* Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. Caderno Saúde Pública, v. 31,3, p. 607, 2015.

94

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA VIDA DAS PUÉRPERAS COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Estácio-AL.

² Professora do Curso de Enfermagem da UMJ- Universidade Mário Pontes Juca

AUTORES

RENATA PORANGABA CAVALCANTE¹

TÂMYSSA SIMÕES DOS SANTOS²

Palavras-chave: Enfermagem; Depressão Pós Parto; Puerpério.

INTRODUÇÃO

O período gestacional é um acontecimento compreendido como biologicamente natural, sendo caracterizado por uma fase de grande vulnerabilidade emocional, no qual inúmeros sentimentos são vividos (SAVIANI-ZEOTI & PEATAN, 2015). Tais vulnerabilidades, dão espaços aos sintomas da depressão pós-parto, os quais são parecidos com o da depressão maior, sendo capaz de ocasionar tristeza profunda, fazer se sentir sem utilidade, chorar sem motivos, diminuir autoestima, recusar a presença do bebê, se sentir inútil para atender as necessidades do bebê e não querer amamentar. Esses sintomas e outros mais podem aparecer no período da gestação ou no período puerperal (LEÔNIDAS & CAMBOIM, 2016).

Dentre as formas mais graves desse transtorno encontra-se a psicose pós-parto. Como principais sintomas citam-se a presença de delírios e alucinações, porém não há nenhum sintoma específico (CAMACHO *et al.*, 2006).

É nesse entendimento que o presente trabalho aborda a atuação do enfermeiro no apoio a puérperas com depressão pós-parto, no âmbito social e fisiológico que a mulher pode enfrentar modificando sua condição de bem-estar ou de saúde. A motivação para estudar sobre o tema se deu pela vivência com uma puérpera com depressão pós-parto e perceber que, como profissional de saúde, pode-se identificar alguns fatores e prestar um apoio eficiente, principalmente no pré-natal.

O atendimento da enfermagem é bastante relevante na fase gestacional e puerperal. Na intervenção do pré-natal, o enfermeiro tem acesso consecutivo à mulher no decorrer de toda gestação, por isso o profissional deve ter empatia com a finalidade de entender, escutar e conversar com a gestante, identificando seus medos sobre a maternidade e, assim, será capaz de auxiliar a combater a depressão pós-parto (LEÔNIDAS & CAMBOIM, 2016).

Entre os anos de 2005 e 2015 houve elevação no índice de depressão de 18%. (OPAS/OMS, 2017). Segundo Leônidas e Camboim (2016, p. 438), “O diagnóstico da depressão pós-parto é dado

pelo médico psiquiatra com o apoio de um psicólogo.” O enfermeiro no decorrer do auxílio no pré-natal pode ser bastante significativo para identificar uma série de fatores que levam a depressão pós-parto o tornando objeto primordial no diagnóstico prévio desse quadro. O profissional de enfermagem é a pessoa de grande relevância na assistência do pré-natal ao puerpério, por ser o especialista que tem a função de precaver, orientar e promover bem-estar à mulher. Pode-se considerar também que “a assistência pré-natal pode colaborar de forma positiva com o diagnóstico e com o tratamento adequado das afecções, além de identificar fatores de risco que levam a complicações na saúde do bebê e da mulher.” (MARTINS *et al.*, p. 12, 2015).

Diante do exposto, surge então a seguinte indagação: “qual a atuação do enfermeiro no apoio às puérperas com depressão pós-parto?”. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo explorar por meio da literatura existente a atuação do enfermeiro no apoio às puérperas com depressão pós-parto.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para a realização do estudo é necessário seguir seis etapas: estabelecimento da hipótese ou questão da pesquisa, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revista, interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa (MENDES *et al.*, 2008).

De acordo com Marconi e Lakatos (2017), revisão literária é uma elaboração peculiar científica, realizada fundamentando-se em textos como enciclopédias, ensaios críticos, jornais, resenha, livros, resumos, artigos científicos, dicionários.

A pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema. O estudo da literatura pertinente pode ajudar a planificar o trabalho, a evitar determinadas publicações, podendo até orientar as indagações (MARCONI & LAKATOS, 2017, p. 158).

A pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrado (SEVERINO, 2008).

Sendo assim, a coleta de dados foi realizada por meio de busca nas bases de periódicos da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Bases de Dados de Enfermagem (BNENF). A pesquisa bibliográfica que sustentou a presente revisão foi baseada na consulta de trabalhos publicados nos últimos cinco anos (2015 a 2020), conforme base de dados, apresentados no Quadro 1, sendo assim, a investigação localizou 10 artigos para a análise e discussão dos dados:

Quadro 1. Resumo da metodologia segundo a estratégia de busca, base de dados, critério de inclusão e exclusão e seleção realizada

ESTRATÉGIAS DE BUSCA	BASES DE DADOS	DOCUMENTOS RECUPERADOS	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO			CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO			SELEÇÃO
			Disponibilidade de texto completo	Tipo de documento - artigo	Idioma - língua portuguesa	Elegibilidades critérios e métodos de avaliação da qualidade dos artigos Leitura (título, resumo, texto)	Recorte temporal - publicação entre os anos de 2015 – 2020	Tipo de estudo ou publicação – Não respondem à questão norteadora.	
(tw:(enfermagem)) AND (tw:(depressao pos parto))	Lilacs	52	43	42	27	11	-09	00	02
	Medline	1.625	643	643	04	04	-03	01	00
	BDENF	36	28	28	23	13	-04	02	07
(tw:(puerperio)) AND (tw:(depressao pos parto))	Lilacs	117	77	74	46	18	-10	04	04
	Medline	1.510	1.123	1.123	8	4	-02	00	02
	BDENF	23	20	20	19	13	-04	00	07
TOTAL		3.363	1934	1.930	127	63	-32	07	22
									41 Excluídas 12 Repetições

Com base nos dados acima, foram utilizados como critérios de inclusão esta pesquisa, artigos com textos completos em português e inglês a partir de 2015, os quais foram utilizados como critérios de exclusão estudos que não apoiaram a questão norteadora. Para realizar a escolha dos artigos, se fez necessário encontrar os descritores. A Busca foi realizada aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), encontrando os seguintes descritores: “Enfermagem”, “Período Pós-Parto” e “Depressão Pós-Parto”, utilizando-se os operadores booleanos *AND* e *OR*.

Os critérios para categoria de estudos, foram realizados a partir da leitura de títulos, resumos e textos completos, e a avaliação dos estudos incluídos nos resultados foram de acordo com análise crítica dos estudos incluídos. Por fim, os resultados obtidos através da pesquisa serão explorados por meio de texto explicativo com apoio de outros estudos e distribuídos de acordo com a temática abordada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir deste tópico serão apresentados os 10 artigos pré-selecionados de acordo com a temática dessa pesquisa, os quais serão explicados através de análises segundo os conceitos discutidos nos capítulos teóricos.

Quadro 2. Resumo dos 10 artigos selecionados

Título	Autores (ano)	Objetivo	Participantes (critérios para seleção da amostra; tipo de amostra)	Intervenção (procedimentos utilizados)	Resultados	Conclusões
Sintomas depressivo na gestação e fatores associados: estudo longitudinal	Lima et al. (2017)	Identificar a frequência de sintomas depressivos no decorrer da gestação e verificar sua associação com variáveis sociodemográficas, obstétricas e de saúde.	Realizado com 272 gestantes de 12 unidades de saúde. Idade mínima de 18 anos, idade gestacional $\leq 22^a$ semanas e capacidade de leitura e compreensão dos instrumentos de coleta de dados.	Os dados foram obtidos por meio de um formulário para as variáveis independentes e da Escala de depressão pós-parto de Edimburgo aplicada nas 20 ^a , 28 ^a e 36 ^a semanas gestacionais. Utilizou-se modelo de equações de estimação generalizadas para avaliar os fatores associados e chances de risco.	A chance de apresentar sintomas depressivos diminuiu em 21,6% e 21,5%, respectivamente, na segunda e terceira etapas. Ter planejado a gravidez diminuiu a chance de apresentar sintomas depressivos durante a gestação (primeira etapa - 75,4%; segunda etapa - 91,4%; terceira etapa - 56,1%). Já possuir maior escolaridade diminuiu a chance em 14,3% por ano de estudo, independentemente da idade gestacional. Portanto, maior escolaridade, planejamento da gravidez e o evoluir da gestação foram fatores de proteção.	A frequência de sintomas depressivos na primeira, segunda e terceira etapa foi 27,2%, 21,7% e 25,4%, respectivamente. Os fatores associados de proteção foram maior escolaridade, gestação planejada e continuidade da gestação. Sofrer ou ter sofrido violência psicológica foi fator de risco ao longo da gravidez.
Depressão Pós-Parto: Identificação De Sinais, Sintomas e Fatores Associados Em Maternidade De Referência Em Manaus	Aloise, Ferreira e Lima (2019)	Identificar sinais e sintomas de Depressão Pós-Parto (DPP) e fatores associados em mulheres no puerpério mediato, entre 48h e 72h.	Os sujeitos da pesquisa foram puérperas em período pós-parto entre 48 e 72 horas, com 18 anos de idade ou mais e que falassem e compreendessem português, além de serem mães de recém-nascidos saudáveis. O total da amostra foi de 166 mulheres	Utilizou-se um formulário socioeconômico e obstétrico criado pelas pesquisadoras, composto por 13 perguntas e entrevistas que ocorreram em ambiente reservado, garantindo a privacidade das entrevistadas e suas respostas.	15,06% das 166 participantes apresentaram sinais e sintomas de DPP, porém não houve associação entre possível DPP e fatores socioeconômicos e clínico-obstétricos.	Foi possível identificar sinais e sintomas de DPP em 25 das 166 mulheres em puerpério mediato, entre 48h e 72h. Todavia, ao relacionar as variáveis sociais, econômicas e clínico-obstétricas com a presença de DPP, observou-se não haver significância de fatores associados à DPP (a conclusão está dessa forma)

<p>Depressão pós-parto: compreensão psicossocial</p>	<p>GreinerT; Milani (2015)</p>	<p>Compreender os fatores psicossociais que podem favorecer a manifestação da DPP.</p>	<p>Selecionaram-se oito mulheres casadas que apresentavam diagnóstico médico de DPP e que tinham idade entre 20 e 38 anos. As mulheres foram selecionadas por meio da técnica <i>snowball</i>.</p>	<p>Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, composto por algumas perguntas.</p>	<p>Os resultados obtidos com a pesquisa possibilitaram a compreensão dos fatores psicossociais que exercem influência sobre a manifestação da patologia, pois se verificou que o sentimento de despreparo e de incapacidade ante a maternidade, a idealização da maternidade e a preocupação com a vida profissional e com a situação financeira contribuem para o desenvolvimento da DPP.</p>	<p>Conclui-se que são necessários programas de prevenção da DPP e que estes poderiam ser desenvolvidos no período da gravidez, pois as alterações físicas, emocionais e sociais já começam a florescer na futura mãe.</p>
<p>Rastreamento a depressão pós-parto em mulheres jovens</p>	<p>Moll et al. (2019)</p>	<p>Rastrear a DPP entre mulheres jovens que estão na segunda semana e no sexto mês após o parto.</p>	<p>Constituiu-se a amostra por 66 puérperas com idade entre 18 e 26 anos; estar no período após o parto que compreenda a segunda semana e o sexto mês; residir no distrito sanitário dois e estar devidamente cadastrada no SisPreNatal.</p>	<p>Coletaram-se os dados entre os meses de agosto/2017 a janeiro/2018, por meio da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo e de um inquérito sociodemográfico.</p>	<p>Identificou-se, neste estudo, a provável DPP em 19,70% das 66 puérperas que participaram da investigação e essa condição teve associação com os seguintes fatores: idade do bebê (dois meses ou entre cinco e seis meses), multiparidade (ter quatro ou mais filhos) e baixo nível de escolaridade.</p>	<p>Conclui-se que, embora este estudo tenha sido desenvolvido em apenas um distrito sanitário, ele expressa relevância nos contextos assistencial e social, pois evidenciou que a DPP precisa ser investigada na atenção primária em saúde, que deve valorizar aspectos sociodemográficos e individuais para estabelecer um plano de cuidados integral, desde o pré-natal, com vistas à prevenção desse frequente transtorno do puerpério. Faz-se necessário, diante desse contexto, que os integrantes da equipe atuante na atenção primária em saúde, com ênfase no enfermeiro, devem assistir as mulheres em todas as fases do ciclo gravídico puerperal, se atentando para a inclusão do rastreamento e do monitoramento da DPP entre as ações prioritárias durante o puerpério.</p>

<p>Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto</p>	<p>Oliveira et al. (2016)</p>	<p>Objetivou-se investigar o conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto ao tratamento da DPP.</p>	<p>Participaram do estudo sete enfermeiros e 55 Agentes Comunitários de Saúde, a partir do critério de inclusão: trabalhar há pelo menos um ano na equipe pesquisada.</p>	<p>O instrumento de pesquisa utilizado foi uma entrevista semiestruturada, composta por “oito” perguntas abertas e questões objetivas.</p>	<p>Os participantes demonstram preocupação com o encaminhamento de casos de DPP, admitem a inexistência de profissionais especializados para acompanhamento e apresentam o médico da equipe como principal ator na identificação da doença.</p>	<p>O atendimento e tratamento da puérpera acometida por DPP na realidade pesquisada parece fragmentado e não resolutivo. Os profissionais identificam o que pode interferir no tratamento das puérperas, a fragilidade das Redes de Atenção à Saúde e a centralidade do tratamento no profissional médico. É evidente a necessidade de investimentos em atividades de saúde mental na atenção básica, confirmada pela ausência de acompanhamento integral de casos de DPP deste estudo.</p>
<p>Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados</p>	<p>Poles et al. (2018)</p>	<p>Investigar a prevalência e fatores de risco para sintomas depressivos maternos no puerpério imediato.</p>	<p>Participaram do estudo 1099 puérperas. A amostra foi selecionada por conveniência, sem o cálculo do número mínimo necessário. O único critério de inclusão foi ter o parto realizado em uma das duas maternidades do município.</p>	<p>Os dados foram obtidos durante visita às maternidades no puerpério imediato, no segundo dia após o parto, a partir dos prontuários, anotações da sala de parto, cartão de pré-natal e por entrevista com as puérperas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se para coleta de dados, instrumentos especificamente construídos para a pesquisa “mãe”. E a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (Edinburgh Post-natal Depression Scale - EPDS).</p>	<p>A prevalência de sintomas depressivos foi de 6,7%. Usar medicação antidepressiva aumentou em duas vezes; sofrer violência na gestação aumentou em quatro vezes e evoluir para cesariana aumentou em duas vezes as chances de sintomas depressivos no puerpério imediato.</p>	<p>Puérperas que fizeram uso de medicação antidepressiva na gestação, sofreram algum tipo de violência na gestação ou foram submetidas à cesariana apresentam maiores chances de sintomas depressivos. Considerando esses resultados, mulheres com essas características devem receber atenção especial das equipes de saúde de maternidade.</p>

<p>Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados.</p>	<p>Hartmann; Sassi; Cesar. (2017)</p>	<p>Investigar a prevalência e fatores de risco</p>	<p>A amostra foi selecionada por conveniência. O único critério de inclusão foi ter o parto realizado em uma das duas maternidades do município. Por impossibilidade de contato antes da alta hospitalar, das 1395 foram contatadas 1317 puérperas e, destas, excluíram-se 22 casos de gestação gemelar e 196 casos com dados incompletos sobre variáveis relativas à mãe e/ou bebê, resultando em amostra intencional de 1099 puérperas incluídas nesse estudo.</p>	<p>Os dados foram obtidos durante visita às maternidades no puerpério imediato, no segundo dia após o parto, a partir dos prontuários, anotações da sala de parto, cartão de pré-natal e por entrevista com as puérperas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se para coleta de dados, instrumentos especificamente construídos para a pesquisa “mãe</p>	<p>Das 2.687 mulheres entrevistadas, 14% (IC 95%: 12,9-15,6) foram identificadas com depressão. Fatores como depressão anterior, tristeza no último trimestre da gravidez e história de depressão na família estiveram associados à maior risco para depressão, assim como ter menor idade e ser múltipara. O suporte social fornecido à gestante pela equipe de saúde foi um importante fator de proteção, reduzindo em até 23% a razão de prevalência de a puérpera desenvolver depressão.</p>	<p>Se os aspectos emocionais da gestante forem considerados pelos profissionais de saúde antes, durante e após o parto, pode haver diminuição da prevalência de depressão, melhorando a qualidade dos vínculos entre a mãe e seu bebê.</p>
<p>Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes</p>	<p>Cardillo et al. (2016)</p>	<p>Determinar a prevalência de sintomas depressivos em mães adolescentes e caracterizá-las quanto aos aspectos sociodemográficos, comportamentais e de saúde mental.</p>	<p>A amostra foi constituída de 72 adolescentes que estavam, no momento da coleta de dados, entre zero e quatro meses após o parto. Os critérios de inclusão definidos para esta pesquisa foram: (i) mulheres com idade entre 10 e 20 anos incompletos, (ii) com filhos entre zero e quatro meses de vida, (iii) que tiveram gestação única com mais de 37 semanas e (iv) cujo filho não apresentou anormalidades. Como critério de exclusão foi considerado o uso de medicamentos antidepressivos ou antipsicóticos no momento do</p>	<p>Foram usados três instrumentos, sendo um para caracterização sociodemográfica e dois para avaliação de humor e transtornos afetivos, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) e da Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D).</p>	<p>Dentre as participantes, 20,8% apresentaram sintomas depressivos pela EPDS. As questões mais frequentes foram referentes ao sentimento de culpa, ansiedade e ideias de fazer mal a si. Destaca-se sentimento de culpa (60%) e sentimento de que não valia a pena viver (40%). A maioria das participantes (73,3%) não reconheceu que estava deprimida.</p>	<p>Os resultados chamam atenção para a promoção da saúde, sobre a importância do acompanhamento pré-natal individualizado, onde seja possível conhecer as gestantes adolescentes vulneráveis, os aspectos psicossociais pessoais e familiares, incluir o rastreamento de sintomas depressivos na anamnese e ter dentro da rede de atenção, um fluxo para referência e contrarreferência. Esta investigação poderia estar presente na prática clínica de todos os profissionais da atenção básica, dentre esses, destacamos a enfermeira.</p>

			recrutamento para a pesquisa.			
Sintomas depressivos no período puerpério: Identificação pela escala de depressão pós-parto Edinburgh	Boska; Wisniewski; Lentsck. (2016)	Identificar sintomas depressivos e associá-los às características sociodemográficas e clínicas de mulheres no puerpério tardio.	A seleção das mulheres foi organizada por meio de listagem cedida pelos enfermeiros responsáveis por cada Unidade Básica de Saúde, a partir das declarações de nascidos vivos, em que se levou em conta o critério de inclusão: período de coleta dos dados entre fevereiro a maio de 2014, puérperas residentes no território de saúde selecionado, referenciadas pelas Unidade Básica de Saúde, que estivessem entre o 11º e 45º dia do puerpério tardio. A amostra foi composta por 51 mulheres no puerpério tardio.	Foi utilizado questionário de caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos. Para rastrear os sintomas de DPP, foi aplicada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EDPPE).	Das 51 puérperas, 40 (78,4%) delas não apresentaram sintomas depressivos e 11 (21,6%) apresentaram.	A equipe de saúde deve ser capaz de reconhecer os fatores de riscos, os sinais e os sintomas da depressão, planejar e executar ações preventivas, estabelecendo um relacionamento seguro e de empatia com a puérpera e sua família. A atenção integral e humanizada deve estar presente na implantação de ações, utilizando-se para isso, as redes de apoio disponíveis.
Conhecimento de enfermeiro da atenção básica acerca da depressão pós-parto	Souza et al. (2018)	Analisar o conhecimento dos enfermeiros das unidades de saúde da família sobre a depressão puerperal.	Foi realizado com 11 enfermeiros em atividade assistencial há mais de seis meses na Unidade de Saúde escolhidos por estarem acompanhando as mulheres em todas as fases da vida, assim como no puerpério por meio de consultas e visitas domiciliares.	Coletaram-se as informações de entrevista semiestruturada, norteada por um roteiro, elaborado pelas responsáveis da pesquisa, contendo questões sociodemográficas e questões norteadoras sobre o tema em estudo.	Diante da análise das entrevistas, no presente estudo, emergiram três categorias: Rotinas de cuidado do enfermeiro a mãe e filho no período puerperal: Ressalta -se que quando se questionou aos enfermeiros sobre ações desenvolvidas no cuidado às puérperas, elas enfatizaram os momentos de orientações sobre a importância da amamentação, não dando ênfase para o estado emocional da puérpera. Visão dos enfermeiros sobre a depressão puerperal: Evidenciou-se, nos depoimentos dos enfermeiros, um conhecimento superficial acerca da DPP, caracterizando esse transtorno em sua	Verifica-se, portanto, que cabe aos profissionais da saúde ampliarem o olhar durante as visitas e consultas puerperais analisando a puérpera em todas as suas dimensões, deixando de ser uma rotina assistemática. Precisa-se para que isso ocorra que busquem ampliar seus conhecimentos acerca da DPP e tudo que a circunda para que assim consigam atuar com maior precisão no acolhimento e direcionamento adequado quando necessário. Destaca-se, assim, a necessidade de investimentos em educação

					<p>maioria, como tudo aquilo afeta o psicológico da mulher, tristeza, elevada demanda em relação ao recém-nascido e ansiedade. Destaca-se, nesse sentido, entre as dificuldades relatadas pela enfermeira em relação às ações desenvolvidas no cuidado à puérperas, a escassez de profissionais, Agentes Comunitários de Saúde-ACS dificultando uma maior cobertura dessas áreas.</p>	<p>permanente e continuada para os profissionais das Estratégias de Saúde da Família- ESF, no intuito de compreender a importância dos cuidados em saúde mental no puerpério.</p>
--	--	--	--	--	---	---

De acordo com os resultados da pesquisa, foram elencadas oito categorias para melhor compreensão dos resultados, que são: título, autor e ano de publicação, objetivo; participantes, intervenção, local da pesquisa, resultados e conclusões obtidos.

Com base na análise dos artigos acima, compreende-se que muitas ações podem ser geradas pelos profissionais da saúde e os membros da equipe multiprofissional para melhorar do paciente. Os artigos analisados evidenciam pontos positivos quando realizadas ações preventivas e interventivas relacionados com o desenvolvimento da doença, os quais podem levar a desenvolver ações como: programa de prevenção, cuidado assistencial e social, cuidado integral no pré-natal. O enfermeiro e toda equipe de saúde devem assistir todas as fases gestacional e demonstrar a importância do vínculo com o bebê.

É importante destacar que na maior parte dos artigos analisados, a mulheres eram aquelas com idade mínima de 18 a 38 anos, de idade gestacional $\leq 22^{\text{a}}$ semana, puérperas em período pós-parto entre 48 e 72 horas, mulheres que foram selecionadas por meio da técnica *snowball*, aquelas no período após o parto que compreenda a segunda semana e o sexto mês ou que tiveram gestação única com mais de 37 semanas, são algumas das amostras encontradas nas pesquisas selecionadas. As participantes demonstraram seu entendimento sobre o tema.

Segundo os autores Lima *et al.*, (2017), a chance de apresentar sintomas depressivos é de 21,6% e 21,5%. Entretanto, mesmo que apresentem sinais e sintomas, não há associação entre fatores socioeconômicos e clínico-obstétricos (ALOISE *et al.*, 2019).

Dentre os fatores psicossociais que exercem influência sobre a manifestação da patologia, destaca-se a preocupação com a vida profissional e com a situação financeira contribuem para o desenvolvimento da DPP (GREINERT & MILANI, 2015). Moll *et al.* (2019) apontam ser provável a DPP ser uma condição associada com os seguintes fatores: idade do bebê, multiparidade e baixo nível de escolaridade.

A maior parte dos participantes demonstram preocupação com o encaminhamento de casos de DPP e admitem a que o acompanhamento médico como um dos principais fatores na identificação da doença (OLIVEIRA *et al.* 2016).

Por outro lado, Poles *et al.* (2018) informam que, a prevalência de sintomas depressivos está associada ao usar medicação antidepressiva, assim como, sofrer violência na gestação, ou o ato de evoluir o parto para cesariana, aumentam as chances de sintomas depressivos no puerpério imediato. Fatores como depressão anterior, tristeza no último trimestre da gravidez e história de depressão na

família também são associados (HARTMANN *et al.*, 2017). Segundo os autores, o suporte social fornecido à gestante pela equipe de saúde é um fator de proteção, o que reduz em até 23% a razão de prevalência de a puérpera desenvolver depressão.

Vale ressaltar que, os sentimentos de culpa, ansiedade e ideias de fazer mal a si, sentimento de que não valia a pena viver, foram apontados pelas puérperas (CARDILLO *et al.*, 2016). Entretanto, a maioria das participantes não reconheceram que estavam deprimidas. A maioria das puérperas não apresentou sintomas depressivos (BOSKA *et al.*, 2016).

Souza *et al.* (2018) informam a importância de os enfermeiros enfatizarem os momentos de orientações sobre a puérpera, e não apenas a amamentação, alimentação, mas sobretudo ao estado emocional da mulher.

Contudo, Souza *et al.* (2018), destaca que, há impasses na prevenção da depressão, sendo essas as dificuldades da equipe em relação às ações desenvolvidas no cuidado à puérperas, a escassez de profissionais são alguns exemplos.

CONCLUSÃO

Diante da busca bibliográfica realizada foram encontradas referências sobre a atuação do enfermeiro para com as puérperas, baseada em ações como, programa de prevenção, cuidado assistencial e social.

As pesquisas selecionadas mostram que é necessário investir na promoção da saúde e investigar acerca da DPP no pré-natal, entretanto, o atendimento e tratamento das puérperas não é resolutivo, existem fragilidades na atenção básica de saúde, local onde a mesma deve ser investigada acerca da doença, o tratamento da DPP é centralizado no profissional médico.

Esta investigação individualizada poderia estar presente na prática clínica de todos os profissionais da atenção básica, dando ênfase no enfermeiro. Algumas puérperas, por apresentarem maiores chances de desenvolver a patologia, precisam receber atenção especial das equipes de saúde da maternidade. Se os fatores emocionais na gestação e no puerpério forem considerados pelos profissionais da saúde, será possível diminuir a prevalência da DPP.

A equipe de saúde deve ser capaz de identificar a DPP e prevenir ofertando uma atenção integral e humanizada, existe também a necessidade de investir em educação permanente e continuada para os profissionais das estratégias de saúde da família. Observou-se também que, a intervenção do profissional de enfermagem primariamente, esteve direcionada ao cuidado com o bebê, amamentação, mas que reconhecem a importância dos cuidados com as condições físicas e psicológicas da puérpera em todas as fases do pré-natal, como também, enfatiza-se a capacidade do contato entre o bebê e a mãe. Outros aspectos relevantes, foram os cuidados antes do nascimento, possibilitando a prevenção da doença no pós parto.

Sendo assim, a intervenção apresentou resultados efetivos para as puérperas através da promoção de ações da saúde, por fim, como sugestão da pesquisa, recomenda-se que os estudos acerca da temática possam ser ampliados com base em outras observações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALOISE, S.R. *et al.* Depressão pós-parto: identificação de sinais, sintomas e fatores associados em maternidade de referência em Manaus. *Revista Enfermagem em Foco*, v. 10, p. 41, 2019.
- BOSKA, G. de. A.; *et al.* Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. *Journal Nurse Health*, v. 1, p. 13, 2016.
- CAMACHO, R.S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psíquica Clínica*, v. 33, p. 10, 2006.
- CARDILLO, V.A. *et al.* Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. *Revista Eletrônica Enfermagem*, v.1, p. 10, 2016.
- GREINERT, B.R.M. & MILANI, R.G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v.17, p. 26, 2015.
- HARTMANN, J.M. *et al.* Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Revista Caderno Saúde Pública*, v. 1, p. 10, 2017.
- LEÔNIDAS, F. & CAMBOIM, F. Cuidado de enfermagem à mulher com depressão pós-parto na atenção básica. *Revista Temas em saúde*, v. 16, p. 440, 2016.
- LIMA, M.D.O.P. *et al.* Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, v.30, p. 39, 2017.
- MARCONI, M. & LAKATOS, E. *Fundamentos de metodologia científica*. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2017. 252 p.
- MARTINS, Q.P.M. *et al.* Conhecimentos de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. *SANARE* v. 14, p. 65, 2015.
- MENDES, L.M. *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Revista Texto contexto enfermagem*, v. 1, p. 12, 2008.
- MOLL, M.F. *et al.* Rastreado a depressão pós-parto em mulheres jovens. *Revista de Enfermagem*, v. 13, p.1338, 2019.
- OLIVEIRA, A.M. de. *et al.* Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto. *Journal Nurse Health*, v.1, p. 10, 2016.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839. Acesso em: 20 de mar. 2019.
- POLES, M.M. *et al.* Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enfermagem*. v. 31, p. 351, 2018.
- SAVIANI-ZEOTI, F. & PEATAN, E.B.L. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Revista Estudos em psicologia*, v. 32, p. 15, 2015.
- SEVERINO, A. *Metodologia do Trabalho científico*. 23 ed. rev. e atualizada – São Paulo: Cortez, 2008. 122 p.
- SOUZA, K.L.C. *et al.* Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da depressão puerperal. *Revista Enfermagem UFPE*, v. 12, p. 2933, 2018.

95

QUEBRANDO TABÚ: AMAMENTAÇÃO APÓS CÂNCER DE MAMA COM MASTECTOMIA UNILATERAL

FILIAÇÃO

¹ Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade Estácio de Teresina, Teresina, PI.

² Docente da Faculdade Estácio de Teresina, Teresina, PI.

AUTORES

SOLANGE CRISTINA FERREIRA DE QUEIROZ¹

ROSANA SEREJO DOS SANTOS¹

TAIANE NAYARA RIBEIRO DA SILVA¹

BRUNA DE ABREU SEPÚLVEDRA REIS²

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Câncer de Mama; Mastectomia.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é considerado mundialmente um problema de saúde pública, com grande grau de incidência principalmente em mulheres, origina-se através de uma alteração celular com a proliferação exacerbada e incontrolável de células atípicas. Alterações estas que podem ser classificadas como hereditárias ou adquiridas, ou seja, multifatoriais baseada no modo de vida moderno (BRASIL, 2013).

De acordo com o Instituto nacional do câncer (INCA, 2019), estima-se que 66.280 novos casos de câncer de mama, para cada ano do triênio de 2020-2022, o que corresponde a uma estimativa de 61,61 novos casos a cada 100 mil mulheres. Classificando assim o câncer de mama como o 2º tipo de causa de morte em mulheres no mundo.

Nesse contexto, as terapêuticas do câncer de mama evoluíram, a fim de preservar a mama o máximo possível dependendo do grau do achado. Podendo ser tratados cirurgicamente, com mastectomia total ou unilateral, e, ainda, com sessões de quimioterapia ou radioterapia. O diagnóstico precoce é um fator relevante para o tratamento, com melhor probabilidade de cura (MURADAS *et al.*, 2015).

Com isso as neoplasias mamárias tornaram-se temidas por todas as mulheres, o medo do futuro incerto, os julgamentos, estigmas sociais, a autoimagem afetada, a feminilidade, a fragilidade, o tratamento, assim como a incerteza no processo de amamentação, e principalmente a mutilação, são as grandes preocupações diante de um diagnóstico de câncer mamário (SILVA *et al.*, 2010).

Veronesi *et al.* (2012) trazem uma série de estudos randomizados, com a evolução da mastectomia ao longo dos anos, estudos esses que confirmam que a mastectomia radical não traz benefícios ou sobrevida comparada a cirurgia de quadrantectomia com preservação da mama. A

mastectomia radical possui maior índice de recidiva, com mutilação que afeta diretamente a qualidade de vida, a aceitação e os planos futuros como a amamentação.

O aleitamento materno, no entanto, é secular desde os primórdios aos dias atuais, é a maior fonte de nutrição e proteção para o bebê, estimula os vínculos mãe- bebê. Assim como beneficia a mãe de forma direta, o aleitamento materno estimula a ocitocina que favorece a involução uterina, reduzindo os riscos de sangramento pós-parto, assim como reduz a incidência de câncer de mama e endométrio (CORINTIO, 2015).

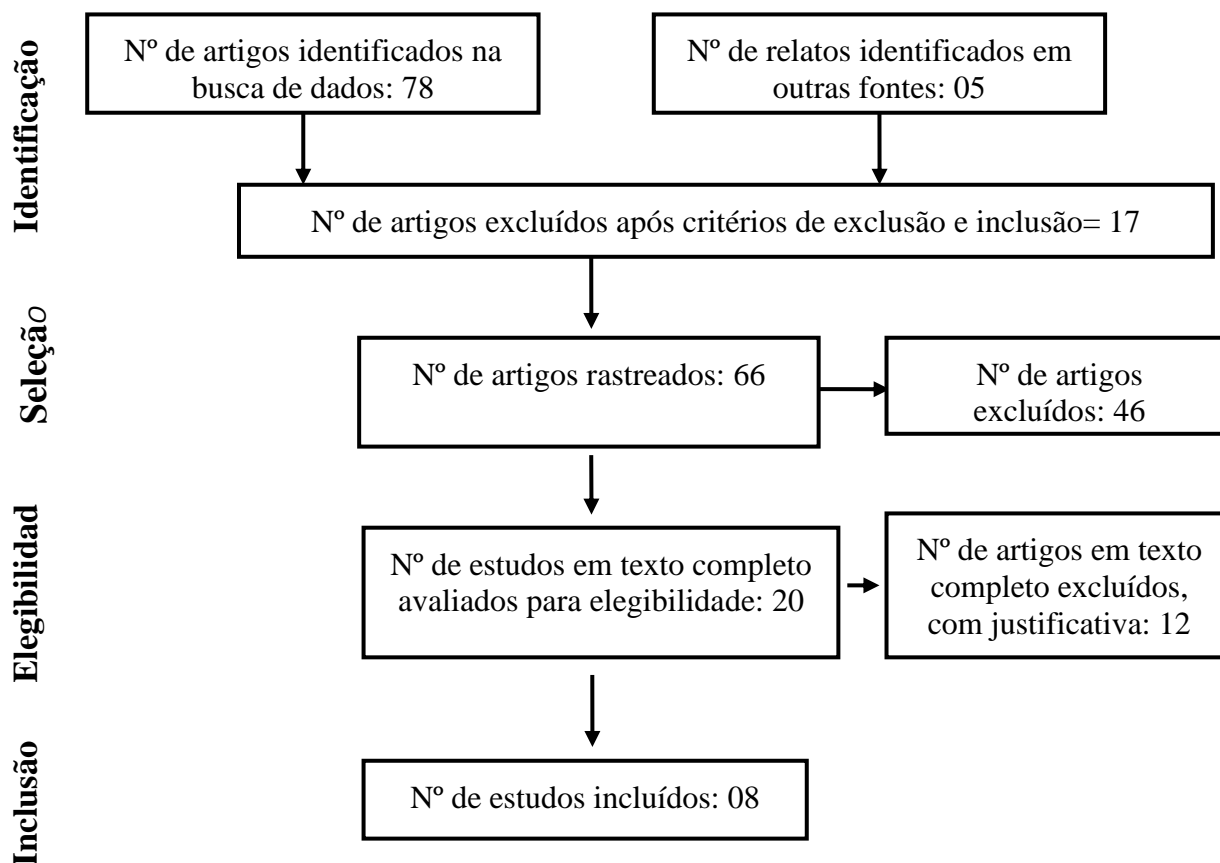
Este estudo tem como objetivo compreender e identificar as dificuldades no aleitamento materno pós-câncer de mama com mastectomia unilateral.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que, por meio da estratégia PICO, obteve a seguinte questão norteadora: “Quais as dificuldades para a amamentação em mulheres após câncer de mama com mastectomia unilateral?”, cuja busca de dados ocorreu em agosto de 2020, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, e nas bibliotecas virtuais *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e cartilhas/manuais do Ministério da Saúde, através do uso dos descritores: “Aleitamento Materno” AND “Câncer de mama” AND Mastectomia. Na base PubMed foram utilizados os descritores cadastrados no *Medical Subject Headings* (MeSH): “*Breast Feeding*” AND “*Breast Neoplasms*” AND “*mastectomy*” [MeSH Terms], cruzados com o operador booleano AND, resultando em 78 artigos em todas as bases de dados.

Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos que abordam a temática publicado nos últimos 10 anos, em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra. Excluíram-se os artigos que não estavam de acordo com os critérios de inclusão e em duplicidades. Foram selecionados 13 artigos, 3 cartilhas/manuais do Ministério da Saúde para compor a revisão, conforme Figura 1.

Figura 1. Fluxograma do caminho percorrido na identificação e seleção de artigos conforme recomendação PRISMA. Teresina, PI, Brasil. 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 destaca os principais achados na literatura. Dentre as principais dificuldades no aleitamento materno pós câncer de mama, com mastectomia unilateral, a falta de conhecimentos sobre os aspectos fisiológicos corrobora com a falta de suporte emocional, e a superação gera uma incerteza. A autonomia ainda é deixada de lado, e a estigma após o câncer de mama deixa uma lacuna a ser preenchida. As mulheres, em suma, têm medo de amamentar o seu binômio, com receio de prejudicar a criança, entretanto, o apoio profissional neste sentido se faz necessário com o direcionamento de técnicas corretas que geram benefícios para ambos (COSTA *et al.*, 2018).

Tabela 1. Síntese e distribuição dos artigos revisados, manuais/cartilhas, utilizadas conforme ano de publicação (20) Teresina, 2020

Títulos e Autores	Ano da publicação	Objetivos	Delineamento
Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado <i>SILVA et al.</i>	2010	Identificar as representações sociais de mulheres mastectomizadas sobre a mama e analisar as implicações dessas representações sociais no autocuidado.	Qualitativo

Pregnancy-associated breast Cancer <i>ASGEIRSSON, K.S.</i>	2011	Abordar algumas das questões contenciosas relacionadas ao diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer.	Qualitativo
Breastcancer: from “maximum tolerable” to “minimum effective” treatment <i>Veronesi et al.</i>	2012	Revisar os principais estudos randomizados que mudaram a prática cotidiana em cirurgia de mama.	Quantitativo
Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. <i>PINHEIRO et al</i>	2013	Descrever o perfil clínico e epidemiológico de mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama no Brasil e comparar as características clínicas entre mulheres com idade inferior a 34 anos e aquelas entre 35 e 39 anos.	Quantitativo
Clinical and mammographic profile of patients with breast cancer surgically treated <i>MURADAS et al.</i>	2015	Analisar o perfil epidemiológico, clínico e mamográfico de mulheres com câncer de mama atendidas no ambulatório de mastologia do Hospital Universitário de Santa Maria e que realizaram cirurgia mamária entre janeiro de 2007 e dezembro de 2012.	Quantitativo
Breast Cancer, Breastfeeding, and Mastectomy: A Call for More Research <i>ALIANMOGHADDAM et al</i>	2016	Analisar como as taxas de mastectomia e CPM podem ser reduzidas em mulheres em idade reprodutiva com câncer de mama em estágio inicial para apoiar a amamentação	Qualitativo
Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno <i>COSTA et al</i>	2018	Compreender as estratégias de orientação realizadas pelos enfermeiros durante o processo do manejo clínico da amamentação.	Qualitativo
O enfermeiro e a amamentação pós-câncer de mama: O desbravar das intervenções <i>Ja et al</i>	2020	Destacar a atuação do enfermeiro frente ao aleitamento materno a mulheres que foram acometidas por câncer de mama, identificando suas dificuldades frente ao aleitamento e propor um protocolo de orientação para auxiliar no relacionamento desse binômio.	Qualitativo

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Outra grande barreira identificada por Pinheiro *et al.* (2013), é o diagnóstico tardio. Mulheres com idade inferior a 40 anos, não tem acesso aos exames de rastreio como a mamografia. Isso corrobora com achados histológicos em grau avançado, elevando o risco e mantendo um prognóstico ruim. Mulheres nessa idade estão mais propensas à maternidade e, quanto mais tardio o seu diagnóstico, menores as chances de cura e possível amamentação ao seu binômio.

De acordo com Ja *et al* (2020), a amamentação após a mastectomia é uma realidade, na mama que recebeu o procedimento de radioterapia ou quimioterapia provavelmente não será possível a prática do aleitamento. No entanto, a mama que não foi afetada passará pelo processo da apojadura e consecutivamente a descida do colostro, sendo possível a oferta de aleitamento materno, e este, por sua vez, é benéfico tanto para a mãe quanto para o seu bebê.

CONCLUSÃO

O aleitamento materno precisa ser estimulado sem distinção de mulheres. Essa temática se faz relevante, diante da escassez de artigos com essa abordagem, sendo necessário uma mesclagem de artigos para sua elaboração. Com isso nota-se a carência de trabalhos voltados para essa área, o que estimula a novas pesquisas. Esse estudo possibilitou compreender as implicações sobre o aleitamento materno pós-mastectomia unilateral. Não havendo contraindicação na mama não afetada, importante salientar os o benefício que este ato promove para mãe e o bebê. Além de nutrir o bebê, reduz os riscos de recidiva e favorece os laços maternos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALIANMOGHADDAM, N *et al.* Breast cancer, breastfeeding, and mastectomy: a call for more research. *Journal of human lactation*, v. 33, n. 2, p. 454-457, 2017. [http:// DOI: 10.1177/0890334416678822](http://DOI: 10.1177/0890334416678822)
- ASGEIRSSON, K.S. Pregnancy-associated breast câncer. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* © 2010 Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, v. 90, p. 158, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.
- CORINTIO, M.N. Manual de aleitamento materno. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), ISBN 978-85-64319-38-7. 3ª ed. São Paulo. 2015.
- COSTA, E.F.G. *et al.* Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 10, p. 217, 2018.
- INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- JA, Jorge *et al.* O enfermeiro e a amamentação pós câncer de mama: O desbravar das intervenções/The nurse and breastfeeding after breast cancer: Unveiling interventions. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 3, p. 4396-4403, 2020.
- MURADAS, R.R.S. *et al.* Perfil clínico e mamográfico de pacientes com câncer de mama tratadas cirurgicamente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 61, p. 220, 2015.
- PINHEIRO, A.B. *et,al.* Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos, *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 59, p. 351, 2013.
- SILVA, S.É.D. *et al.* Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, p. 727, 2010.
- VERONESI, U. *et al* Breast cancer: from "maximum tolerable" to "minimum effective" treatment *Frontiers in Oncology*, v. 2, p. 125, 2012.

96

USO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS POR MULHERES NULÍPARAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FILIAÇÃO

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondonópolis - UFR, Rondonópolis, MT.

² Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondonópolis - UFR, Rondonópolis, MT.

AUTORES

ROBERTO DE ANDRADE GARCIA FILHO¹

THAIS DE CASTRO PEREIRA¹

MATHEUS SILVA ALCÂNTARA¹

LARISSA FONSECA DOS SANTOS²

Palavras-chave: Ginecologia; Anticoncepção; Dispositivos Intrauterinos.

INTRODUÇÃO

A gravidez indesejada é um dos grandes desafios para o sistema público de saúde, uma vez que reduz as oportunidades de educação e trabalho, contribui para a diminuição do crescimento socioeconômico e, conseqüentemente, para o aumento das desigualdades sociais (MACHADO *et al.*, 2017). Anticoncepção é um recurso do Planejamento Familiar que corresponde ao uso de métodos e técnicas, divididos em reversíveis e definitivos, cuja finalidade é impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez (FINOTTI, 2015).

Dentre os métodos contraceptivos, os anticoncepcionais orais são os métodos mais utilizados pelas mulheres em todo o mundo, entretanto, mulheres que usam contraceptivos de ação curta têm um aumento de 20 vezes na gravidez indesejada em comparação com aquelas que usam contraceptivos reversíveis de ação prolongada (CRAPs), como os dispositivos intrauterinos (DIUs) e implantes (QUERIDO *et al.*, 2018).

Os DIUs são altamente eficazes, seguros, bem tolerados, altamente econômicos e, além de permitir que as mulheres exerçam autonomia sobre sua saúde reprodutiva, são contraceptivos com taxas de falha de uso típico semelhantes às da esterilização cirúrgica. Essas características tornam o DIU um excelente contraceptivo para a maioria das mulheres (LOHR *et al.*, 2017; PHILLIPS *et al.*, 2017). Embora as orientações nacionais e internacionais apoiem o uso de contracepção intrauterina em uma ampla gama de mulheres, independentemente da idade e paridade, este método é usado com menos frequência em mulheres mais jovens e nulíparas (GEMZELL-DANIELSSON *et al.*, 2015).

O objetivo deste estudo foi reunir as publicações científicas mais recentes acerca da adesão, segurança, eficiência do uso de DIUs por mulheres nulíparas, além das possíveis barreiras que interfiram nessa adesão.

MÉTODO

Esta revisão de literatura foi realizada em junho de 2020, utilizando, como bases de dados, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a PubMed e a SciELO para pesquisa de publicações científicas. Esta foi conduzida utilizando os seguintes descritores: “paridade”, “dispositivos intrauterinos” e “contracepção reversível de longo prazo”, bem como suas variantes na língua inglesa.

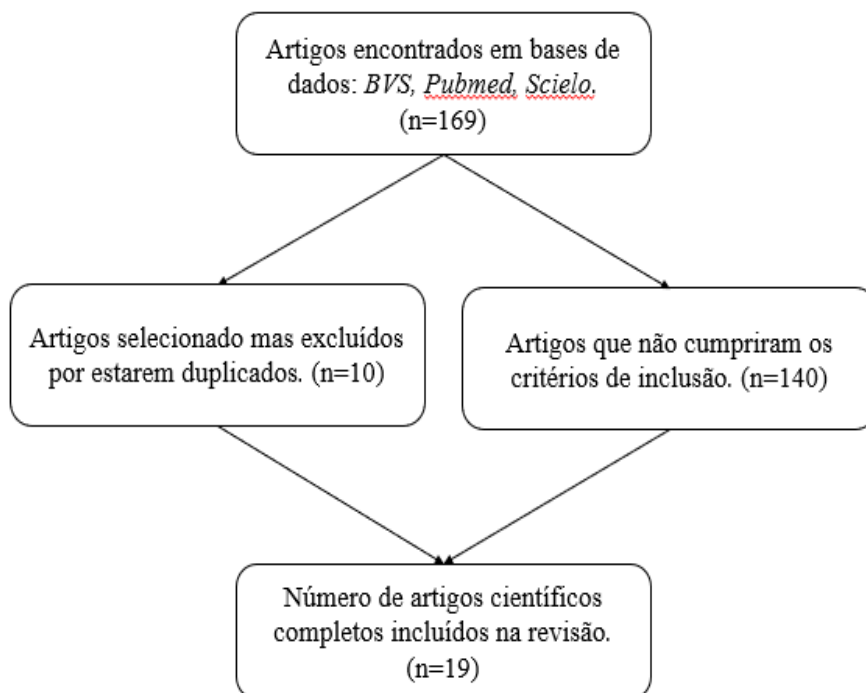
Foram incluídos neste estudo os artigos científicos nos idiomas inglês e português de 2015 a 2020, que incluíram o texto completo e abordavam sobre o uso de dispositivos intrauterinos em mulheres nulíparas. Foram excluídos os artigos de revisão de literatura e aqueles que não apresentavam informações sobre o objetivo proposto.

Após a seleção dos artigos nas bases de dados, foram excluídos os que estavam repetidos em diferentes bancos de dados, e os estudos resultantes foram classificados, de acordo com a metodologia adotada em estudos observacionais (longitudinais prospectivos, longitudinais retrospectivos e estudos transversais) e experimentais; e agrupados em três categorias de acordo com a temática predominante em cada artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 169 artigos publicados em bancos de dados, no período de 2015 a 2020, utilizando os descritores citados, destes foram selecionadas 29 publicações que abordavam o uso de CRAPs e tinham mulheres nulíparas como participantes do estudo. Das publicações selecionadas, 10 foram excluídas por estarem repetidas em diferentes bases de dados, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos científico



No que se refere ao idioma, verificou-se que os artigos científicos incluídos na revisão estão disponíveis apenas na língua inglesa (100%). Em relação à abordagem metodológica observou-se predomínio de estudos observacionais (78,9%) sobre os estudos experimentais (21,1%).

Além disso, houve um maior número de estudos longitudinais (68,4%) comparado aos estudos transversais (31,6%). Entre os estudos longitudinais, verificou-se que os prospectivos (71,4%) foram mais frequentes que os retrospectivos (28,6%).

No que diz respeito aos resultados, os dados obtidos foram organizados em três categorias: aumento do uso de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (quatro publicações); potencialidades do uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em pacientes nulíparas (12 publicações) e as práticas entre profissionais da saúde relacionadas ao uso de dispositivos intrauterinos (DIU) para mulheres nulíparas (três publicações).

Aumento no uso de métodos contraceptivos reversíveis de ação prolongada

As mulheres mais jovens estão mais sujeitas à gravidez não intencional, visto que esse grupo normalmente utiliza métodos como contraceptivos orais (taxa de falha de 9% associada ao uso típico) e preservativos (taxa de falha de 18%), que se apresentam com uma alta taxa de falhas. Dessa forma, há um aumento no reconhecimento internacional da necessidade de promover e incentivar o uso de métodos CRAPs, por jovens e adolescentes, para reduzir as taxas de gravidez não intencional e suas consequências. Consoante a isso, é válido ressaltar que as adolescentes estão dispostas a usar métodos de longa duração quando recebem informações adequadas e acesso a esses métodos (ROSE & GARRETT, 2016).

Isso pode ser evidenciado no estudo conduzido por Richters (2016), em que foi possível notar que dentre os métodos contraceptivos adotados por mulheres nulíparas a laqueadura (0,1%), seguido pelos dispositivos intrauterinos (1,2%), foram os menos adotados, enquanto que o mais utilizado por esta categoria foram os contraceptivos orais (RICHTERS *et al.*, 2016).

Esse aumento no uso de CRAPs pode ser demonstrado por Ihongbe e Masho (2018), através de um estudo que demonstrou aumentos na prevalência do uso atual de CRAPs em mulheres nulíparas dos EUA com experiência sexual de 2008 a 2012 e de 2012 a 2014, embora a prevalência de uso ainda permaneça baixa em menos de 6%. O mesmo estudo também revelou aumentos significativos no uso desses métodos na maioria dos subgrupos de 2008 a 2012. No entanto, de 2012 a 2014, foram observados aumentos significativos na prevalência do uso atual de CRAPs em menos subgrupos de mulheres nulíparas (IHONGBE & MASHO, 2018).

Assim, mais mulheres não consideradas candidatas tradicionais a métodos CRAPs, como mulheres jovens e mulheres nulíparas, estão adotando-os. Além disso, as mulheres que já descontinuaram um método hormonal não-CRAPs como resultado da insatisfação são duas vezes mais propensas a utilizar um método CRAPs (KAVANAUGH *et al.*, 2015).

Potencialidades do uso de dispositivos intrauterinos em pacientes nulíparas

Os DIUs são uma forma cada vez mais popular de contracepção, têm taxas de continuação mais altas e menores taxas de gravidez comparados a métodos contraceptivos de curta duração (SINNING *et al.*, 2018). Os CRAPs são altamente eficazes, com menos de 1% das usuárias engravidando no primeiro ano de uso, em comparação com cerca de 9% da pílula, adesivo ou

usuárias de anel e 18% dos usuários de preservativos. Para os preservativos e para a pílula, usuários mais jovens têm maior risco de falha do método (BATESON *et al.*, 2016).

Tanto o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) quanto a *American Academy of Pediatrics* (AAP) incentivam o uso de DIU para mulheres e adolescentes nulíparas. Apesar dessas recomendações, apenas 5,9% das mulheres nulíparas relataram uso atual do DIU em comparação com 16,8% das mulheres com um a dois nascidos vivos e 10,9% das mulheres com três ou mais nascidos vivos (RAPKIN *et al.*, 2016).

As adolescentes e nulíparas comumente eram consideradas não elegíveis ao uso do DIU como método de contracepção. Contudo, sendo um método contraceptivo de longo prazo, com baixa ou nenhuma interferência do paciente e, por consequência, baixa incidência de falha secundária por interromper o uso, o DIU é o método contraceptivo ideal para pessoas jovens, no intervalo do início da vida sexual e a primeira gestação (SCAVUZZI *et al.*, 2016).

As adolescentes devem ser orientadas não apenas sobre o procedimento de inserção, mas também sobre as expectativas após a inserção do DIU, incluindo padrões de sangramento e risco de expulsão. A cólica é um dos motivos mais comuns para a descontinuação do DIU entre adolescentes, no entanto, há uma escassez de dados sobre a experiência dos adolescentes com dor pós-inserção (RAPKIN *et al.*, 2016). Além disso, a presença de um DIU com levonorgestrel (DIU-LNG) não aumenta o risco de doença inflamatória pélvica (DIP) ou infertilidade em mulheres que já tiveram filhos ou nulíparas, e o LNG pode até proteger contra infecções (DA SILVA-FILHO *et al.*, 2017).

Contudo, segundo Sinning (2018) na condução de um estudo que compara os escores de dor nas duas primeiras semanas após a inserção do DIU-LNG entre adolescentes nulíparas e adultas que já tiveram filhos, demonstrou que não houve diferenças significativas entre os dois grupos quanto a presença de dor, incluindo endometriose e dismenorrea. Além disso, não houve diferença nos escores de dor em adolescentes que eram sexualmente ativas e naquelas que negavam atividade sexual anterior (SINNING *et al.*, 2018).

Além disso, o medo da dor durante a colocação pode levar as mulheres a evitar o uso da contracepção intrauterina e a antecipação da dor parece aumentar significativamente sua percepção. Na análise de Gemzell-Danielsson (2017), a associação da profilaxia da dor e aumento da dor pode ser resultado de viés, ou seja, analgésicos podem ser mais frequentemente prescritos para mulheres que o profissional de saúde assume que terão uma menor tolerância à dor relacionada à colocação. Esses achados enfatizam a necessidade de aconselhamento pré-procedimento e "anestesia verbal" durante o procedimento de colocação (GEMZELL-DANIELSSON *et al.*, 2017).

Segundo Teal (2015) os DIU podem ser inseridos em adolescentes nulíparas de qualquer idade com sucesso semelhante às mulheres que tiveram filhos, uma vez que, segundo o estudo conduzido, a taxa de sucesso na primeira tentativa de colocação do DIU foi semelhante entre mulheres nulíparas (95,8%) e mulheres que já tiveram filhos (96,5%) (TEAL *et al.*, 2015). Em conformidade com esse estudo, Abraham (2015) constatou que as taxas de continuação de 12 meses para os CRAPs eram altas, superiores a 82%, com taxas semelhantes para mulheres independentemente da idade e paridade (ABRAHAM *et al.*, 2015).

Práticas entre profissionais da saúde relacionadas ao uso de dispositivos intrauterinos para mulheres nulíparas

Apesar dos benefícios e recomendações ao uso de CRAPs tem-se fatores que colaboram com a baixa adesão, como as práticas e percepções dos profissionais de saúde. Segundo Wang (2019),

em seu estudo com profissionais de saúde (ginecologistas e obstetras, prestadores de serviço da saúde, profissionais de planejamento familiar), 71% dos entrevistados que prestavam serviços contraceptivos, raramente ou nunca recomendaram ou forneceram DIU para mulheres em dúvida sobre qual método contraceptivo preferem utilizar (WANG *et al.*, 2019). Outro estudo baseado em um questionário preenchido por médicos e outros profissionais de saúde, constatou que 30% dos entrevistados tinham equívocos sobre a segurança do uso do DIU em mulheres nulíparas (LOHR *et al.*, 2017).

Ademais, Wang (2019) ressalta as percepções equivocadas mais comuns entre os profissionais de saúde, sendo elas: riscos de DIP, infertilidade e gravidez ectópica (WANG *et al.*, 2019), sendo estas as responsáveis pela crença de que as mulheres necessitam de pelo menos um parto vaginal para ser elegível ao DIU. Além disto, segundo Zimmermann (2019), as barreiras mais frequentemente relatadas para o uso do DIU em nulíparas foram: preocupação com uma inserção dolorosa, dificuldade de inserção, maior risco de perfuração, alterações no padrão de sangramento e alto custo (ZIMMERMANN *et al.*, 2019). Demonstrando assim, que a paridade das mulheres têm sido fator influenciador nas atitudes e opiniões de médicos.

No Brasil, da Silva-Filho (2016), identificou as três principais barreiras à utilização deste método para mulheres nulíparas. Além das preocupações com DIP, tem-se também preocupações com a inserção difícil e dores durante a inserção, que foram as principais preocupações, relevantes para 83,2% e 77,3% dos ginecologistas, respectivamente (DA SILVA-FILHO *et al.*, 2017). Atrrelado a isto, para Scavuzzi (2016), a baixa frequência de uso de DIU no Brasil, cerca de 1,1% das mulheres brasileiras, está relacionada entre outros fatores, a falta de informações sobre o método entre as usuárias, a dificuldade do governo em fornecer o contraceptivo e a falta de treinamento oferecido aos profissionais, pelas escolas médicas (SCAVUZZI *et al.*, 2016).

Contudo, segundo Wang (2019), deve-se notar que os provedores podem desempenhar um papel especialmente importante no aumento da consciência dos pacientes sobre este método em particular, uma vez que informações precisas sobre o DIU podem ser difíceis de encontrar na internet em comparação com informações sobre outros métodos (WANG *et al.*, 2019). Consoante a isto, segundo Scavuzzi (2016), um estudo relatou que 55% das mulheres nunca ouviram falar do DIU e que o interesse foi mais frequente naquelas que ouviram falar sobre o método contraceptivo por profissionais de saúde (SCAVUZZI *et al.*, 2016). Logo, reforça-se a importância da conscientização dos profissionais sobre a segurança e eficácia da utilização de CRAPs, principalmente o DIU, em todas as mulheres.

De acordo com os dados publicados por Gibbs (2016), uma maior variedade de métodos oferecidos às mulheres, incluindo DIUs e implantes, sem aconselhamento reduzido sobre métodos mais comuns, como contraceptivos orais, permitia escolhas mais informadas e também relatavam alta autonomia na tomada de decisões. Logo, melhorar o conhecimento e as habilidades dos profissionais de saúde sobre os métodos CRAPs tem o potencial de aumentar o acesso a toda a gama de métodos contraceptivos, permitindo que as mulheres façam escolhas informadas sobre o uso de contraceptivos, principalmente para adolescentes e nulíparas, que têm pouco conhecimento dos métodos CRAPs (GIBBS *et al.*, 2016)

Aliado a isso, segundo Rose e Garret (2016), as evidências agora são claras de que o DIU pode ser usado com segurança por adolescentes, mulheres nulíparas e com histórico de DIP ou infecções sexualmente transmissíveis sem efeitos prejudiciais sobre a fertilidade futura (ROSE & GARRETT, 2016). Porém, deve-se lembrar que, segundo Wildemeersch (2016), que razões

médicas, como cólicas e sangramentos, são as principais razões pelas quais muitas mulheres descontinuam o uso do DIU (WILDEMEERSCH *et al.*, 2016).

Contudo, segundo Bateson (2016), um grande estudo examinando os efeitos colaterais menstruais do uso do DIU de cobre em 12 meses mostrou sangramento tendendo a reduzir ao longo do tempo. Tal fato suporta a possibilidade de que, se as mulheres receberem informações sobre as expectativas de melhorias nos padrões de sangramento elas podem optar por tolerar o inconveniente em curto prazo para obter ganhos em sua saúde reprodutiva a longo prazo (BATESON *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

O uso de DIU pode ser indicado para pacientes nulíparas, uma vez que o método apresenta altas taxas de continuação e elevada eficácia. Além disso, o método possui baixa ou nenhuma interferência da paciente e, assim, baixa incidência de falha secundária por interrupção, o que o torna um método eficiente para a população jovem. Dessa forma, o método deve ser incluído nas opções contraceptivas oferecidas habitualmente a esse público.

No que se refere à segurança, as principais controvérsias relacionadas à indicação de DIU em pacientes nulíparas se pautam no maior número de complicações decorrentes da inserção, incluindo preocupações com DIP, repercussões sobre a fertilidade e inserção difícil e dores durante a inserção, contudo, conforme evidenciado pelos estudos o DIU pode ser usado com segurança por mulheres jovens e nulíparas.

Apesar das potencialidades do uso de DIU em pacientes nulíparas é evidente que a baixa taxa de utilização do método, quando comparado a mulheres que já tiveram filhos, se refere a percepções equivocadas dos profissionais de saúde sobre a elegibilidade ao uso do método, os quais têm a paridade como principal fator de influência para suas atitudes e opiniões.

Diante disso, reforça-se a importância dos profissionais de saúde atualizarem seus conhecimentos sobre o tema, especialmente em relação à eficácia e segurança dos CRAPs, como o DIU, uma vez que apresentam grande potencial para prevenir a gravidez indesejada e permitir que as mulheres exerçam autonomia sobre sua saúde reprodutiva.

Destaca-se que dentre os artigos científicos incluídos na revisão verificou-se que nenhum deles estava disponível na língua portuguesa, apenas na língua inglesa (100%), assim, evidencia-se que o acesso à informação sobre esse tema pode estar dificultado em nosso país em razão da baixa quantidade de publicações, de forma a prejudicar a assistência que deve ser sempre baseada em evidências científicas. Além disso, a menor quantidade de estudos experimentais é preocupante, uma vez que são estes que determinam a eficácia ou não de ações que orientam a atuação de profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, M. *et al.* Young age, nulliparity, and continuation of long-acting reversible contraceptive methods. *Obstetrics and Gynecology*, v. 126, p. 823, 2015.
- BATESON, D. *et al.* User characteristics, experiences and continuation rates of copper intrauterine device use in a cohort of Australian women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 56, p. 655, 2016.
- DA SILVA-FILHO, A.L. *et al.* Barriers and myths that limit the use of intrauterine contraception in nulliparous women: A survey of Brazilian gynaecologists. *Postgraduate Medical Journal*, v. 93, p. 376, 2017.
- FINOTTI, M. Manual de Anticoncepção. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), V.1 E-book, 2015.
- GEMZELL-DANIELSSON, K. *et al.* The effect of age, parity and body mass index on the efficacy, safety, placement and user satisfaction associated with two low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive systems: Subgroup analyses of data from a phase III trial. *PLoS ONE*, v. 10, p. 1, 2015.
- GEMZELL-DANIELSSON, K. *et al.* Overcoming barriers to levonorgestrel-releasing intrauterine system placement: an evaluation of placement of LNG-IUS 8 using the modified EvoInserter® in a majority nulliparous population. *Contraception*, v. 96, p. 426, 2017.
- GIBBS, S.E. *et al.* Long-Acting reversible contraception counseling and use for older adolescents and nulliparous women. *Journal of Adolescent Health*, v. 59, p. 703, 2016.
- IHONGBE, T.O. & MASHO, S.W. Changes in the use of long-acting reversible contraceptive methods among U.S. nulliparous women: Results from the 2006-2010, 2011-2013, and 2013-2015 National Survey of Family Growth. *Journal of Women's Health*, v. 27, p. 245, 2018.
- KAVANAUGH, M.L. *et al.* Changes in use of long-acting reversible contraceptive methods among U.S. Women, 2009-2012. *Obstetrics and Gynecology*, v. 126, p. 917, 2015.
- LOHR, P.A. *et al.* Use of intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*, v. 95, p. 529, 2017.
- MACHADO, R.B. *et al.* Long-acting reversible contraception. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 39, p. 294, 2017.
- PHILLIPS, S.J. *et al.* Continuation of copper and levonorgestrel intrauterine devices: a retrospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 217, 57.e1-57.e6, 2017.
- QUERIDO, Á.C.C. *et al.* Uso De Contraceptivos De Longa Duração. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 5, p. 61, 2018.
- RAPKIN, R.B. *et al.* Self-Administered lidocaine gel for intrauterine device insertion in nulliparous women: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, v. 128, p. 621, 2016.
- RICHTERS, J. *et al.* Contraceptive practices among women: the second Australian study of health and relationships. *Contraception*, v. 94, p. 548, 2016.
- ROSE, S.B. & GARRETT, S.M. Postabortion initiation of long-acting reversible contraception by adolescent and nulliparous women in New Zealand. *Journal of Adolescent Health*, v. 58, p. 160, 2016.
- SCAVUZZI, A. *et al.* Continued compliance and degree of satisfaction in nulligravida and parous women with intrauterine contraceptive devices. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 38, p. 132, 2016.
- SINNING, K.M. *et al.* Postinsertional pain after intrauterine device placement among nulliparous adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, v. 31, p. 400, 2018.
- TEAL, S.B. *et al.* Insertion characteristics of intrauterine devices in adolescents and young women: Success, ancillary measures, and complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 213, 515.e1-515.e5, 2015.
- WANG, Z. *et al.* Attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women among Chinese health care providers. *Reproductive Health*, [S. 1.], v. 16, n. 1, p. 10, 2019.

WILDEMEERSCH, D. *et al.* A multicenter study assessing uterine cavity width in over 400 nulliparous women seeking IUD insertion using 2D and 3D sonography. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, v. 206, p. 232, 2016.

ZIMMERMANN, Y. *et al.* Swiss gynecologists' opinions and perceptions concerning the use of intrauterine devices by nulliparous and multiparous women: An online survey study. *International Journal of Women's Health*, v. 11, p. 153, 2019.

97

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE AS DISFUNÇÕES SEXUAIS COM O PROCESSO HISTÓRICO SOCIAL

FILIAÇÃO

- ¹ Discentes do 6º período de Medicina da faculdade FAMINAS/BH, Belo Horizonte – MG.
- ² Discente do 9º período de Medicina da faculdade FAMINAS/BH, Belo Horizonte – MG.
- ³ Discente do 3º período de Medicina da faculdade FAMINAS/BH, Belo Horizonte – MG.

AUTORES

SOPHIA MARIA ROCHA CAMPOS¹
ALINE GARCIA FELIZARI¹
FLÁVIA DE CARVALHO PAIVA¹
ALICE CAMPOS PENA¹
VITÓRIA SOARES MARTINS³
ANA JÚLIA LEMBRANCE¹
GUSTAVO HENRIQUE SILVA SIDRIM²

Palavras-chave: Orgasmo; Sexualidade; Mulher.

INTRODUÇÃO

A explicação sobre a sexualidade feminina é um tema que possui múltiplas interpretações como desse assunto, Louro (2008, p. 2):

A construção do gênero e da sexualidade dá-se ao longo de toda a vida, continuamente, infundavelmente. Quem tem a primazia nesse processo? Que instâncias e espaços sociais têm o poder de decidir e inscrever em nossos corpos as marcas e as normas que devem ser seguidas? Qualquer resposta cabal e definitiva a tais questões será ingênua e inadequada. A construção dos gêneros e das sexualidades dá-se através de inúmeras aprendizagens e práticas, insinua-se nas mais distintas situações, é empreendida de modo explícito ou dissimulado por um conjunto inesgotável de instâncias sociais e culturais.

Tal definição também pode ser complementada: “É um processo minucioso, sutil, sempre inacabado. Família, escola, igreja, instituições legais e médicas mantêm-se, por certo, como instâncias importantes nesse processo constitutivo” (LOURO, 2008, p. 2). Salienta-se que os padrões no qual os seres humanos são socialmente impostos têm raízes profundas e, de fato, o processo de sexualidade como um todo não é apenas biológico ou facilmente discutido e desconstruído, assim, como todos os capilares que envolvem esse processo base, como o prazer pessoal. Diante dessa óptica, a mulher, até o final do século XIX, foi vista em sua maioria como método de reprodução, tinha sua vida baseada no aprendizado de como se portar, como ser mãe, como ser mulher, sendo oprimida de qualquer situação que não tivesse esses tópicos como foco.

Segundo Diamantino *et al.* (1993a, p. 1017): “a mulher brasileira desde que nasce é educada para “dentro”, é criada para servir, para ser obediente, casar, respeitar seu marido, ter filhos, ser dona de casa, sujeitar-se a um trabalho exaustivo, sem folgas ou reconhecimento”. Diante do exposto, era utópico pensar que a mulher em algum momento seria personagem principal da sua própria vida, colocando seus questionamentos e suas vontades como ponto primordial. Assim, ela não é preparada para a vida, mas sim para negar um prazer, cheio de culpas, censuras e medos, é preparada para ver o sexo como forma de pecado caso associe ao prazer, qualquer dúvida sobre sua sexualidade feminina era motivo de constrangimentos.

Por fim, de acordo com Laplanche (1995, p. 619):

[...] sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas de toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual.

Dessa forma, diante do exposto, como as mulheres vão saber se questionar sobre suas relações sexuais se não aprendem? Como as mulheres vão entender que sentir dor na relação não é normal, se nunca explicaram a elas o que é uma relação normal, como funciona seu processo de resposta sexual? Como elas vão entender o que é um orgasmo e se descobrir de forma completa em si mesmas se todos os âmbitos sociais as reprimiram por tantos anos?

O objetivo desse capítulo é discutir a relação do processo histórico social com a sexualidade feminina e suas consequências, em especial as disfunções sexuais.

MÉTODO

Revisão da literatura, construída por meio de busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A busca eletrônica inicial identificou 209 artigos, os quais foram encontrados por meio dos descritores: Orgasmo, sexualidade feminina. Com subsequente utilização do filtro: “orgasmo” restaram 101 artigos. Após leitura dos títulos, foram selecionados seis para leitura e análise completa. Além disso, foi utilizado como base um trabalho de conclusão de curso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A palavra orgasmo tem origem grega (orgasmós) que tem sentido relacionado a ferver de ardor. Este fenômeno é o nível mais alto de excitação sexual que um ser humano consegue experimentar. Esta sensação intensa é produzida no ato sexual, após liberação de alguns neurotransmissores (LINS & BRAGA, 2005).

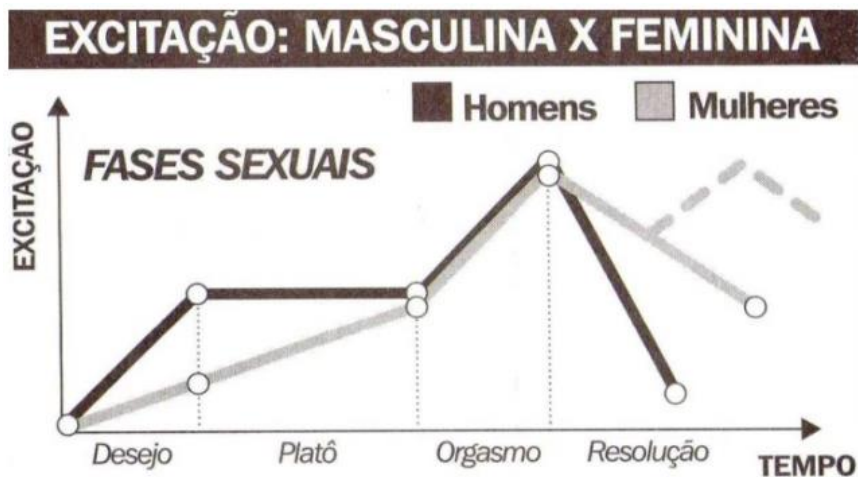
O orgasmo propriamente dito é um evento que não se limita apenas aos órgãos genitais, mas envolve todo o corpo, de forma que podem acontecer várias mudanças psíquicas e fisiológicas, como taquicardia, aumento da pressão arterial, perda rápida da consciência e respiração mais ofegante (HALBE, 2000).

A partir da definição citada acima, foi definido em 1970 o ciclo da resposta sexual completo dividindo-o em quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. A excitação é uma fase que pode demorar horas e/ou minutos sendo considerada todo o processo antes do orgasmo propriamente

dito, envolvendo a estimulação psicológica e fisiológica. Estas estimulações estão associadas aos parceiros envolvidos, o momento em que já começam as mudanças fisiológicas como o aumento da lubrificação vaginal, ereção do pênis, contração dos músculos no intuito de que haja o ápice da relação. Já o platô era considerado a continuação da excitação prolongando-se por alguns minutos, essa fase antecede o momento ápice da estimulação sexual. Diante do cenário exposto, chega a terceira fase, o orgasmo, que é o momento da descarga do prazer, é o momento ápice sentido por ambos os participantes da relação sexual, é a fase da excitação máxima gerando grande vasocongestão e miotonia rítmica da região pélvica, é o chamado clímax da resposta sexual gerando contrações. Por fim, há a resolução que é o momento do relaxamento muscular podendo durar horas ou minutos, no homem é um período refratário no qual o organismo precisa ficar em repouso, não aceitando mais estimulações (MASTERS & JOHNSON, 1966; KAPLAN, 1979 Apud SILVA, 2011).

Depois da definição feita por Master e Johnson, Kaplan, em 1977, coloca o desejo como uma fase primordial da resposta sexual humana. Esta nova esquematização propõe, de forma mais dividida, cada fase específica da resposta sexual, portanto, a primeira fase como desejo, a segunda como excitação, a terceira como o orgasmo e a quarta como resolução (Figura 1). A intenção de apresentar o desejo de modo inicial é considerar que a mulher, principalmente, precisa de ser estimulada de várias formas diferentes como pelos estímulos táteis, sonoros, olfativos e visuais. Dessa forma, o conjunto de interações sensoriais provocam a estimulação do desejo que conseqüentemente levam a excitação, ponto do início das mudanças fisiológicas que acontecem de forma significativa levando ao orgasmo.

Figura 1. Diferenças entre as respostas sexuais de um homem e de uma mulher



Fonte: Helen Kaplan, Disorders of Sexual Disease livro, 1997 (traduzido para português)

Diante dessa nova esquematização existe uma divisão subjetiva e/ou objetiva sobre cada fase, uma vez que a partir dessa data começa-se pesquisas e trabalhos que não abordam somente uma visão científica e biológica do corpo humano, mas também psicológico.

Colocando como ponto de partida o desejo e pensando primeiramente no sentimento subjetivo, pode-se colocar como um comportamento ou sensações específicas que levam o indivíduo a buscar ou estar receptivo as experiências sexuais que estão por vir. Já de modo objetivo, se pode falar sobre

a presença de respostas autonômicas e centrais que definem a excitação, próximo passo. A excitação, portanto, é quando o sistema autonômico simpático está em predomínio, e é nesse momento que há uma excitação sexual crescente e que começa a vasocongestão com reação miotônica, além disso, nesse momento há predomínio da liberação de adrenalina.

Já na fase propriamente dita do orgasmo, que dura entre seis a dez segundos, chegando no máximo a 20 segundos, tem como resposta subjetiva a sensação do prazer sexual, há sensação do desligamento do meio externo, contração involuntária dos membros, necessidade de ficar em posição contraída no intuito de sentir mais o prazer pressionando o clitóris, de forma objetiva os quadros miotônicos das contrações são mais vigorosos. E, por fim, a resolução ou também chamado de período refratário, é o momento em que na resposta subjetiva é conhecido como a sensação de alívio e cansaço para que consiga voltar a plenitude sensorial, além da liberação de noradrenalina, serotonina, endorfina e ocitocina que ajudam nesses efeitos subjetivos. Já na resposta objetiva há um relaxamento muscular e uma descongestão sanguínea, além do retorno da pressão arterial nos níveis basais e da frequência cardíaca (MASTERS & JOHNSON, 1966; KAPLAN, 1979 Apud SILVA, 2011).

Disfunções sexuais

A partir da inserção do anticoncepcional, do aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, dos movimentos feministas cada vez mais frequentes, as mulheres começam a romper com certos pensamentos sociais engessados e extremamente conservadores e, dessa forma, alguns assuntos, antes pouco comentados, despertam questionamentos de maneira mais recorrente, como a sexualidade feminina, orgasmos femininos, anatomia genital e, juntamente a esses assuntos, elas também se interrogam sobre possíveis dificuldades sexuais. Assim sendo, mulheres que antes nunca abordavam sobre sua sexualidade com seus profissionais de saúde começam a priorizar esse tipo de cuidado, que está associado intrinsecamente com a qualidade de vida das mesmas.

Porém, não só há uma dificuldade da paciente em abordar esse assunto, como o próprio médico muitas vezes este não explica sobre a genitália feminina, não aborda assuntos sexuais de forma autônoma e não sabe esclarecer a respeito da resposta sexual humana, o que dificulta de forma considerável o entendimento das mulheres sobre seus corpos e se sentirem tranquilas para abordar sobre um assunto tão delicado. Tal fato pode ser confirmado em um estudo feito no Brasil, em que foram entrevistados 4753 ginecologistas, que alegaram que a queixa da diminuição do desejo sexual era um dos principais motivos da procura por consultas (ABDO CHN *et al.*, 2002). Associada a esta situação, apenas 10% dos médicos têm a iniciativa de indagar suas pacientes sobre as queixas sexuais (SMITH *et al.*, 2007; MARTINEZ *et al.*, 2008). Ademais, outros fatores também acabam deixando a circunstância cada vez mais desfavorável, como a falta de medicamentos próprios para disfunções sexuais femininas, escassez de estudos e pesquisas sobre esse conteúdo em questão e principalmente pesquisas sobre os resultados da eficácia de terapias comportamentais, terapias sexuais e de drogas para melhora da disfunção (HEIMAN *et al.*, 2004).

Diante do exposto, para auxiliar no trabalho do médico três tópicos são essenciais para ajudar no diagnóstico, uma vez que este é predominantemente clínico. Assim, é importante que o profissional adote uma estrutura centrada no paciente para uma avaliação e tratamento totalmente individualizado, aplicação dos princípios da medicina baseada em evidências e uma abordagem específica tanto para homens quanto para mulheres. Partindo desses três pilares, o médico consegue

ter mais clareza sobre a possível disfunção, os possíveis diagnósticos e, por fim, o possível tratamento individual para cada paciente e, se for de interesse, unificada entre o casal (HATZICHRISTOU *et al.*, 2004). Além dessa abordagem, é fundamental que sejam usados mais dois artifícios: a anamnese mais específica (Figura 2) e o modelo Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT), que facilita distinguir quais disfunções realmente precisam de uma abordagem mais medicamentosa e quais são mais passíveis de tratamentos psicoterápicos, por exemplo (ANNON *et al.*, 1976).

Figura 2. Modelo de anamnese estruturada para a investigação sobre a função sexual

Paciente: Nome: _____ Idade: _____ Profissão: _____ Estado Civil: (casada, amasiada - tempo de relacionamento) _____ Escolaridade: _____ Religião: _____ Situação econômica: _____
Cônjuge: Nome: _____ Idade: _____ Religião: _____ Escolaridade: _____ Situação econômica: _____ Hábitos: _____ Queixa principal: _____
HMA: Antecedentes pessoais patológicos: Hipertensão arterial, diabetes tipo I e II, hiperprolactinemia, hiper- ou hipotireoidismo, uso de medicamentos (anticoncepcional hormonal, cimetidina, antidepressivos, ansiolíticos, antihipertensivo, antiandrogênicos), hábitos (álcool, fumo, drogas em geral)
Antecedentes gineco-obstétricos: Menarca: _____ DUM: _____ G__ P__ A__ C__ Ciclos menstruais: intervalo e duração _____ Patologias gineco-obstétricas: _____ Cirurgias gineco-obstétricas: _____ Anticoncepção: _____ Idade da menopausa: _____ Terapia Hormonal: _____
História sexual: Paciente (facies): _____ Coitarca: _____ Nº de parceiros: _____ Frequência de coitos/semana: _____ História de abuso sexual: sim__ não__ . Grau de parentesco: _____

Fonte: BASSON *et al.*, 2000.

Considerando todo o cenário exposto, coloca-se em pauta a disfunção sexual propriamente dita. Estima-se que entre 40 e 45% das mulheres e de 20 a 30% dos homens têm alguma queixa de disfunção sexual (LEWIS *et al.*, 2004). Entre mulheres com queixa sexuais, a prevalência de DSH (desejo sexual hipoativo) varia de 32 a 58% (HAYES *et al.*, 2008) e a disfunção de excitação e anorgasmia giram em torno de 30% (HAYES *et al.*, 2008). A dispareunia tem incidência variável e aumenta com o progredir da idade da mulher (HAYES *et al.*, 2008). O DSH ocorre mais frequentemente em mulheres em relacionamentos de longa duração (HAYES *et al.*, 2008), isso pode ser explicado nas características da resposta sexual tanto feminina quanto masculina que possuem suas diferenças histórico-culturais e biológicas. O homem é mais motivado a conquista e a posse, além de ser mais visual, enquanto a mulher é caracterizada pela entrega e a sedução, são seres mais

táteis e multissensoriais em comparação aos homens, elas tem como ponto principal da resposta sexual o desejo sexual, isto é, mesmo as mulheres que tem orgasmos nas suas relações se queixam quando não houve o desejo sexual, um dos fatos que fazem a mulher se tornar um ser tão complexo, cenário que é potencializado pelo processo histórico social (BASSON *et al.*, 2004; NOBRE *et al.*, 2008).

Diante disso, pode-se dizer que o marcador da satisfação sexual da mulher é o desejo de sempre ter novas experiências com seu parceiro após um relacionamento sexual satisfatório emocionalmente e fisicamente, que a instiga a ter de novo, diferentemente do homem que a resposta sexual tem como marcador o orgasmo, se ele não tem essa experiência, não obteve a satisfação esperada. Novamente, esta é uma situação enraizada socialmente. Diante do exposto, é possível entender porque o DSH em sua maioria acontece nas mulheres de relacionamentos mais longos, já que esta precisa sentir o desejo sexual e isso requer novas experiências dentro do relacionamento e o homem, por já ter conquistado não sente mais a necessidade que ela sente, causando um grande impasse (LARA *et al.*, 2008).

A disfunção sexual, então, se caracteriza por alterações em qualquer uma das fases da resposta sexual e, segundo a Associação psiquiátrica Americana, se pode classificá-las em: desejo sexual hipoativo, anorgasmia, vaginismo, dispareunia e disfunção de excitação. (BASSON *et al.*, 2000). Além disso, as disfunções sexuais podem ser classificadas como primárias, que são aquelas em que a resposta sexual não é alterada ao longo do tempo, e a secundária, que é adquirida e situacional, ou seja, a mulher adquire ao longo do vida, provavelmente, por alguma outra causa base podendo ser emocional ou não, e situacional, que são aquelas que, dependendo da situação, da circunstância a disfunção se torna presente, já em outros momentos não (KAPLAN *et al.*, 1974).

A disfunção do desejo sexual hipoativo, também chamado de ausência de libido, é caracterizada pela falta de interesse, fantasias ou sentimentos sexuais, a pessoa não sente vontade nenhuma em ter a relação sexual e, portanto, não tem motivações. (CID-10, LUE *et al.*, 2004; HAYLEN *et al.*, 2010; APA, 2013).

A disfunção de excitação ocorre quando a mulher mesmo que tenha sinais físicos como lubrificação vaginal ela não consegue manter até o final da relação sexual, quando presentes, esses sinais, não há resposta excitatória genital suficiente, mesmo que haja excitação sexual subjetiva. (CID-10, LUE *et al.*, 2004; HAYLEN *et al.*, 2010; APA, 2013).

Anorgasmia ou disfunção orgásmica ocorre quando há uma ausência ou um atraso do orgasmo mesmo com a resposta excitatória normal. Vaginismo é uma situação na qual no momento da penetração vaginal seja com o pênis, dedo, tampão ou espécuro, há uma contração involuntária no terço inferior da vagina, essa contração pode ser caracterizada como total ou parcial, primário ou secundário, persistente ou recorrente e é independente do desejo sexual da mulher. Além disso, o grau de desconforto e fechamento da vagina indicam a gravidade da disfunção. Não necessariamente o vaginismo é acompanhado de dor. (CID-10, LUE *et al.*, 2004; HAYLEN *et al.*, 2010; APA, 2013). Dispareunia é entendida como dor ou desconforto, superficial ou profundo, a qualquer penetração seja ela por pênis, espécuro, toque vaginal, tampão ou dedo. Essa dor pode ocorrer em todo o momento da resposta sexual e por tempo prolongado. (CID-10, LUE *et al.*, 2004; HAYLEN *et al.*, 2010; APA, 2013).

Vulvodinia ou vestibulodinia é a situação na qual mulheres podem relatar dor durante qualquer tipo de penetração após traumas locais ou infecções como herpes, candidíase, entre outras.

Essa dor pode ser vulvar ou vaginal, superficial ou profunda, generalizada ou situacional, provocada ou não (APA, 2013; LAHAIE *et al.*, 2015; REISSING *et al.*, 2014; BINIK, 2010).

Após a realização da anamnese específica, completa, bem feita e da realização do exame físico realizado de forma satisfatória o profissional já consegue, em sua maioria, dar o diagnóstico sobre a(s) possível(is) disfunção(ões) que a paciente tem e, assim, o profissional consegue tratar da melhor maneira. Esse tratamento tem como objetivo auxiliar nos sintomas somáticos, psíquicos, locais e as dificuldades com o parceiro.

Para isso, além da necessidade de uma equipe multiprofissional, atualmente é usado o modelo PILSET, que permite uma abordagem ampla das queixas da paciente. Este possui algumas premissas importantes, são elas: (P) de permissão, o profissional “permite” que a paciente tenha relações sexuais considerando todos os níveis da resposta sexual, permitindo que ela utilize de artifícios como fantasias, filmes eróticos, caso ache válido e se sinta confortável. Dessa forma, ela tem a maior probabilidade de ser estimulada sexualmente, (IL) ou “informação limitada”, isso quer dizer que o profissional deve passar o conhecimento para a paciente sobre sua genitália dela, sobre sua resposta fisiológica sexual, ressaltar sobre os pontos genitais em que há maior sensibilidade na mulher como o clitóris (LEVIN *et al.*, 1991; PESSINA *et al.*, 2006) (SE) “sugestão específica”, isto é, aconselhar e sugerir mudanças na conduta sexual, de acordo com a fisiologia da resposta sexual e os conhecimentos da anatomia, uma vez que o médico não tem só como responsabilidade tratar a doença, mas deve olhar para o paciente como um todo, logo o profissional pode, de forma acolhedora e sem julgamentos, sugerir mudanças no intuito de melhorar a vida do paciente (DELEHANTY *et al.*, 1982) e, por fim, (T) “terapia sexual”, o profissional deve, em casos que não foram resolutivos ou que ele não conseguiu ajudar, como abusos, agressões ou desvios de comportamentos, encaminhar o paciente para a terapia sexual.

Diante do exposto, o modelo PILSET busca, de várias formas, diferentes estratégias no intuito de auxiliar no tratamento das disfunções, partindo do ponto do esclarecimento e conhecimento dos órgãos genitais, da fisiologia e até mesmo envolver o parceiro nas atividades, uma vez que ele também pode estar passando por disfunções sexuais e, mesmo que não esteja, ele também é protagonista da relação, assim como a mulher. Este apoio recíproco do casal é um fato que melhora muito o resultado do tratamento de disfunções sexuais.

Por fim, se pode concluir que as disfunções sexuais, além de serem subnotificadas, estão presentes em todas as faixas etárias tanto de homens, quanto de mulheres. Além disso, é importante ressaltar a escassez de medicamentos para tratamento de disfunções sexuais femininas e a necessidade da abordagem médica mais efetiva e mais acolhedora. Para que haja uma melhora no tratamento e no número de diagnósticos destas disfunções é necessário um trabalho em conjunto, tanto do próprio paciente, quanto da equipe multiprofissional que vai atendê-lo, principalmente o médico. É essencial que a relação médico-paciente seja baseada em intimidade e confiança, para que o trabalho feito em conjunto tenha resultados eficazes (LARA *et al.*, 2008). Ademais, é necessário questionar as farmacoterapias femininas em comparação as farmacoterapias masculinas, será que ainda não existem tecnologias e pesquisas suficientes para a produção de um “viagra” feminino?

Relação dos antidepressivos com as disfunções sexuais femininas

O tratamento crônico com fármacos antidepressivos tem sua eficácia demonstrada no tratamento da depressão maior, ansiedade generalizada, pânico, ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo e estresse pós-traumático. Além disso, os antidepressivos são usados para tratar a síndrome pré-menstrual disfórica e para prevenção de sintomas em mulheres pós-menopausa (BRUNTON; A CHABNER; KNOLLMANN, 2012, 405). Estes medicamentos, como visto, são usados no tratamento de muitas doenças, principalmente a depressão maior. Segundo Kantorski “por causa das diferenças de gênero na prevalência da DM (doenças mentais) é esperado que os pacientes mais tratados com antidepressivos sejam do sexo feminino. Estudos feitos no Brasil evidenciaram que mulheres acima de 40 anos de idade são os principais pacientes (63,9%) tratados com antidepressivos nos centros de cuidado psicossocial na região sul, (KANTORSKI *et al.* 2011) assim como, nos centros de atenção básica a saúde em São Paulo” (RIBEIRO *et al.*, 2007). Além disso, “na população geral, estudos conduzidos em São Paulo e Pelotas produziram estimativas muito semelhantes com relação aos transtornos psiquiátricos menores: 12% entre os homens e 25% entre as mulheres no primeiro estudo e 18% e 27%, respectivamente, no segundo (LIMA, 1999)

Diante do exposto há vários tipos de classe de antidepressivos e, destes, os mais usados e de primeira escolha para o tratamento são os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) como: sertralina, paroxetina, fluoxetina, escitalopram, citalopram, que têm como função permitir que a serotonina, neurotransmissor relacionado ao prazer, satisfação, entre outros, fique mais tempo na fenda sináptica e, assim, aumente a sensação de bem-estar do paciente. Porém, por mais que sejam medicamentos considerados primeira linha para tratamento da depressão e ansiedade, eles possuem importantes efeitos colaterais como a diminuição da libido, hipogasmia, anogasmia e são efeitos que duram durante todo o tratamento com o medicamento, uma vez que são causados pelo aumento da serotonina. (GOODNICK, PJ *et al.*, 1998). Outra classe de medicamentos de primeira linha são os inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), os mais conhecidos são duloxetina, venlafaxina e a desvenlafaxina, por também conterem em sua composição o aumento do tempo da serotonina na fenda sináptica, as pessoas que os consomem também vão apresentar efeitos colaterais sexuais. Além dessas duas classes, ainda há mais outras duas que são tratamentos de primeira linha que não afetam tanto as questões sexuais: os inibidores de recaptação de noradrenalina e dopamina como a bupropiona e a mirtazapina. (HEALY, D *et al.*, 1998)

Concomitantemente a esse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) só disponibiliza de forma gratuita para os pacientes alguns antidepressivos, sendo eles: fluoxetina, amitriptilina e clomipramina, nortriptilina, imipramina, excluindo o primeiro medicamento, os outros fazem parte da classe dos medicamentos tricíclicos, que são considerados de segunda linha para os tratamentos das doenças em questão. Diante do exposto, pode-se perceber que os medicamentos oferecidos, em sua maioria, causam disfunções sexuais de forma contínua ao uso, e sabe-se que o tratamento de doenças psíquicas não é um tratamento de curto prazo. (REMUME)

Dessa forma, pode-se dizer que há um círculo vicioso entre o uso dos antidepressivos e a disfunção sexual, uma vez que a prevalência dos transtornos psíquicos como depressão e ansiedade são mais prevalentes em mulheres e estas, portanto, vão fazer o uso de antidepressivos de primeira escolha fornecidos pelo SUS, em sua maioria, o que resulta nas disfunções sexuais levando a uma baixa autoestima e, conseqüentemente um humor negativo. Entretanto, ao mesmo tempo, a grande maioria das mulheres já sofrem de disfunções sexuais, o que repercute em transtornos psíquicos, baixa autoestima, anedonias em geral contribuindo para o uso de antidepressivos, assim, a paciente

começa a viver em um looping infinito sem saber o que é causa e o que é consequência. (WILLIAMS, VSL, *et al*, 2006).

CONCLUSÃO

Pode-se concluir, após essa discussão, sobre a relação do processo histórico-social e educacional afetando de forma direta na disfunção sexual, que mesmo com a criação dos métodos contraceptivos, dos movimentos feministas presentes, do aumento do número de debates sobre a inserção da mulher no mercado de trabalho, nos debates políticos, nos campos variados, ainda assim há muito o que desconstruir de forma social. Ainda vivemos em uma sociedade machista e patriarcal que não conseguiu desvincular totalmente a ideia da mulher como um ser submisso e dependente, que a palavra mulher não é sinônimo de maternidade, de “mulher do lar”, de reprodução. Além disso, é essencial colocar em pauta que a luta da mulher, que acontece diariamente, tem ganhado campo nas discussões sexuais.

Sem dúvida são passos importantes, porém ainda assim nada adianta, se no âmago social, não existirem mudanças e isso é visto quando mulheres são mortas por seus companheiros, quando sofrem agressões verbais, físicas apenas por escolherem a liberdade. Assuntos como o discutidos nesse capítulo são uma forma de dar visibilidade as mulheres, dando a elas todo o direito de usufruir do prazer sexual, da sexualidade da forma como gostaria sem ser punida com disfunções sexuais consequentes de processos históricos sociais e dizer, de forma embasada e científica, que elas podem sim falar do que quiserem, onde quiserem, quando quiserem e por isso “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher” (BEAUVOIR, 1949).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdo CHN, Oliveira Junior WM. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. *RBM Rev Bras Med.* 2002;59(3):179-86.
- Annon J. Behavioral treatment of sexual problems. New York: Harper & Row; 1976.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, 4ed. (DSM-IV). Porto Alegre: Artes médicas, 1995)
- Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, *et al.* Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2004;1(1):24-34.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, *et al.* Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163(3):888-93.
- Binik YM. The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Arch Sex Behav.* 2010b; 39:292-303.
- BRUNTON, Laurence L; A CHABNER, Bruce; KNOLLMANN, Bjorn C. AS BASES FARMACOLÓGICAS DA TERAPÊUTICA DE GOODMAN & GILMAN. 12. ed. Porto Alegre: Mc Graw-hill, 2012. 2080 p.
- Delehanty R. Changes in assertiveness and changes in orgasmic response occurring with sexual therapy for preorgasmic women. *J Sex Marital Ther.* 1982;8(3):198-208.
- DIAMANTINO, E.M.V. *et al.* Aspectos básicos da sexualidade humana na parte clínica. Parte I. *Femina*, v. 21, n. 10, p. 1016-29, 1993a.
- ETIENNE, M.A. *et al.* Sexualidade, disfunções e tratamentos, 1ª ed, 2006, LPM.
- Goodnick PJ, Goldstein BJ. Selective serotonin reuptake inhibitors in affective disorders – I: Basic pharmacology. *J Psychopharmacol* 1998;12 (3 suppl B): S3-S20.
- HALBE, H. W. Tratado de ginecologia. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000
- Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, Clayton A, Cuzin B, Derogatis L, *et al.* Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med.* 2004;1(1):49-57.
- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *J Sex Med.* 2008;5(7):1681-93.
- Haylen BT *et al.* An International Urogynecology Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) Joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29:4-20.
- Healy D, Healy H. The clinical pharmacologic profile of reboxetine: does it involve the putative neurobiological substrates of well-being? *J Affective Disord* 1998; 51: 313-22.
- Heiman JR, Guess MK, Connell K, Melman A, Hyde JS, Segraves RT, *et al.* Standards for clinical trials in sexual dysfunctions of women: research designs and outcomes assessment. *J Sex Med.* 2004;1(1):92-7.
- Kaplan HS. A nova terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1974
- KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul Brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [s.l.], v. 45, n. 6, p.1481-1487, dez. 2011. Disponível em: . Acesso em: 04 jul. 2017
- Lahaie MA, Amsel R, Khalifé S *et al.* Can fear, pain, and muscle tension discriminate vaginismus from dyspareunia/provoked vestibulodynia? Implications for the new DSM-5 diagnosis of genito-pelvic pain/penetration disorder. *Arch Sex Behav.* 2015; 44(6):1537-50.

LAPLANCHE, J. Vida e morte em psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LARA, L.A.S. *et al.* Abordagem das disfunções sexuais femininas. Revista Brasil Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, p. 312, 2008.

Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo) 1999; 26:225-35

LINS, R. N.; BRAGA, F. O livro de ouro do sexo. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

Levin RJ. VIP, vagina, clitoral and periurethral glans-an update on human female genital arousal. Exp Clin Endocrinol. 1991;98(2):61-9.

Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, *et al.* Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. J Sex Med. 2004;1(1):35-9.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. ProPosições. v. 19, n. 2 (56), maio./ago. 2008, p 17-23.

Lue TF *et al.* Sexual medicine: sexual dysfunctions in men and women 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions, Paris, France Health Publications 2004, p.990.

Martinez L. More education in the diagnosis and management of sexual dysfunction is needed. Fertil Steril. 2008;89(4):1035

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. J Sex Marital Ther. 2008;34(4):325-42.

Pessina MA, Hoyt RF Jr, Goldstein I, Traish AM. Differential effects of estradiol, progesterone, and testosterone on vaginal structural integrity. Endocrinology. 2006;147(1):61-9.

RIBEIRO, Carmen Sylvia *et al.* Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: User profile and usage pattern. Sao Paulo Medical Journal, [s.l.], v. 125, n. 5, p.270-274, set. 2007. Disponível em: . Acesso em: 04 jul. 2017

Reissing ED, Borg C, Spoetra SK, terKuile MM, Both S, de Jong PJ, van Lankveld JJDM, Melles RJ, Weijnenborg PThM, Weijmar Schultz WCM. Throwing the baby out with the bathwater: the demise of vaginismus in favor of genitopelvic pain/penetration disorder. Arch Sex Behav. 2014, 43:1209-13

Resumo, relação municipal de medicamentos. Comissão de Farmácia e Terapêutica Gerência de Assistência Farmacêutica e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2020, Belo Horizonte.

WILLIAMS, VSI, *et al.* Estimando a prevalência e o impacto da disfunção sexual induzida por antidepressivos em 2 países europeus: uma pesquisa transversal com pacientes. PubMed. Fevereiro de 2006; 67 (2): 204-10.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jul-Set; 17(3): 417-26.

98

ANÁLISE QUANTITATIVA DA REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIAS POR MULHERES NAS REGIÕES BRASILEIRAS ENTRE 2015 E 2019

FILIAÇÃO

¹ Discente, Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP.

² Discente, Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR

³ Discente, Faculdade Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, GO.

AUTORES

SUZANA DOS SANTOS VASCONCELOS¹

MORGANA PEREIRA DE SOUZA²

RAFAELA MACHADO DE SOUZA³

DANILO JOSÉ SILVA MOREIRA¹

Palavras-chave: Mamografia; Brasil; Saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma neoplasia bastante frequente em mulheres (COSAC *et al.*, 2016). Mundialmente, ele é o segundo tipo de câncer mais frequente, e no Brasil constitui a principal causa de morte por enfermidades malignas na população feminina, o que constitui um relevante problema de saúde pública (BRASIL, 2011; COSAC *et al.*, 2016; COSTA & ALMEIDA *et al.*, 2020).

A mamografia é um exame usado para detectar possíveis lesões na mama sendo um método bastante eficaz para detecção precoce do câncer de mama (SANTOS & CHUBACI, 2011). Esse exame ajuda a reduzir a mortalidade por câncer de mama pois permite o rastreamento em mulheres assintomáticas ou sintomáticas, a fim de verificar possíveis achados clínicos de neoplasia mamária, sendo o primeiro exame de imagem indicado para avaliar a maioria das complicações clínicas mamárias (GEBRIM & QUADROS, 2006; SANTOS & CHUBACI, 2011).

As diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de mama preconizam a oferta de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos (BRASIL, 2019). As mulheres devem ser orientadas sobre riscos e benefícios do rastreamento mamográfico para que exerçam o seu direito de fazer ou não o exame de rotina (BRASIL, 2019). Já a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) indica que os exames sejam realizados pela mulher a partir dos 40 anos (SILVA *et al.*, 2019).

A epidemiologia do câncer de mama é diferente segundo o grau de desenvolvimento da localidade (BRASIL, 2015). Em países mais desenvolvidos observa-se queda da morbimortalidade, devido a uma maior conscientização sobre a rotina de prevenção e diagnóstico precoce (BRASIL, 2015; MIGOWSKI *et al.*, 2018). Localidades desenvolvidas oferecem maiores oportunidades de acesso aos serviços, monitoram a efetividade das políticas públicas e os parâmetros socioeconômicos pertinentes (BRASIL, 2015).

As estratégias de detecção precoce de câncer visam ao diagnóstico de casos de câncer em fase inicial de sua história natural, podendo ter como resultado melhor prognóstico e menor morbidade associada ao tratamento. No caso do câncer de mama, a detecção precoce consiste em ações de diagnóstico precoce e rastreamento (BRASIL,2015). A mamografia deve ser realizada de forma sistemática, em pessoas assintomáticas, com o objetivo de descobrir a doença em sua fase pré-clínica, ou seja, diagnosticar o tumor de mama em estágio inicial, contribuindo para que o tratamento seja mais eficaz, e a chance de cura, maior (BRASIL, 2015).

Considerando a necessidade da detecção precoce do câncer de mama, o presente estudo tem como principal objetivo a análise quantitativa da realização de mamografias por mulheres nas regiões brasileiras entre 2015 a 2019.

MÉTODO

Esta pesquisa trata-se de um estudo analítico quantitativo, realizado por meio de uma coleta de dados nas plataformas DATASUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no dia 25 de novembro de 2020.

Inicialmente, por meio do navegador de internet, acessou-se o site do DATASUS. Na parte inferior da página que foi aberta, clicou-se no ícone “TABNET” e, em seguida, na opção “Epidemiológicas e morbidade”. Dentre as possibilidades na caixa aberta, selecionou-se a opção “Sistema de Informação do Câncer – SISCAN (colo e mama)”.

O próximo passo foi selecionar, na página seguinte, a opção “Mamografia – Por local de atendimento” e, mais abaixo, no tópico “Abrangência Geográfica”, selecionou-se a opção “Brasil por Região, UF e Município”.

Na tela de pesquisa que apareceu posteriormente, duas pesquisas diferentes foram realizadas: A) na caixa onde era solicitado “Linha”, selecionou a opção “UF de prest.serviço”; na caixa que solicitava “Coluna”, selecionou-se a opção “Não ativa”, na caixa que solicitava Medidas, selecionou a opção “exames”, na caixa Seleções Disponíveis selecionou-se a opção “Sexo Feminino”, e na caixa de “Períodos disponíveis”, selecionou-se os anos de 2015 a 2019. B) na caixa onde era solicitado “Linha”, escolheu-se a opção “UF do prest.serviço”, na caixa que solicitava “Coluna”, selecionou-se a opção “Nódulo requis”, na caixa que solicitava Medidas, selecionou a opção “exames”, na caixa Seleções Disponíveis selecionou-se a opção “Sexo Feminino” e na caixa de “Períodos disponíveis”, selecionou-se os anos de 2015 a 2019.

Referente à consulta no IBGE, ele também foi acessado por meio do navegador de internet. Na parte superior da página que foi aberta, clicou-se primeiramente na unidade federativas (UF) “AL”. Em seguida, na parte inferior da página, usou-se o gráfico “População total, homens e mulheres 2010-2020”, optando por selecionar dados da população feminina. Esta operação foi feita para cada UF disposta na página.

Em seguida, os dados obtidos foram organizados para possibilitar o cálculo do número de mamografias realizadas a cada 100 mil mulheres entre 2015 e 2019. Para isso, em cada ano desse período, multiplicou-se o número de exames feitos em cada região por 100.000 e dividiu-se pela população de mulheres total. A compilação dos dados foi feita com a utilização do aplicativo *Excel*, componente do pacote *Office* da Microsoft Corporation.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

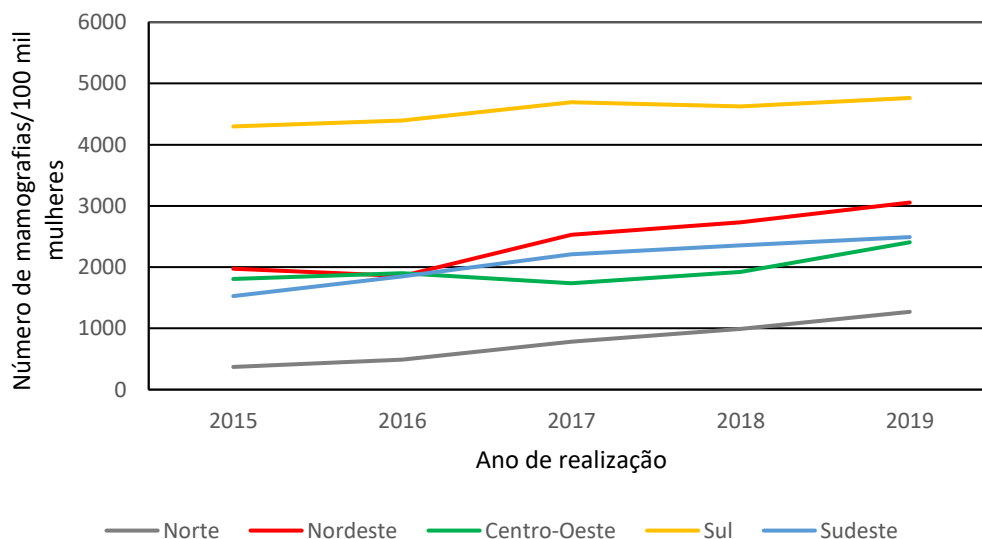
Após a pesquisa na plataforma DATASUS, constatou-se que 12.778.930 mamografias foram realizadas no período de 2015 e 2019. Ao distribuir esse total entre as cinco regiões geográficas brasileiras em cada ano do intervalo estabelecido, obteve-se a Tabela 1, onde é possível notar que o total de exames realizados aumentou gradativamente a cada ano.

Tabela 1. Mamografias realizadas segundo região geográfica entre 2015 e 2019

Região	2015	2016	2017	2018	2019
Norte	32.129	43.013	69.699	89.746	116.439
Nordeste	566.863	535.375	733.380	798.919	895.799
Centro-Oeste	140.437	148.921	138.912	156.063	197.842
Sudeste	671.373	819.628	987.219	1.060.279	1.124.479
Sul	636.493	656.232	705.973	701.640	727.833
Total	2.047.295	2.203.169	2.635.183	2.806.647	3.062.392

O Gráfico 1 permite analisar a quantidade de mamografias realizadas no total, em cada região, de acordo com suas respectivas populações.

Gráfico 1. Realização de mamografia por 100 mil habitantes segundo região geográfica entre 2015 e 2019



Ademais, os dados acerca da detecção de nódulos por meio do exame mostram um predomínio de resultados negativos (Tabela 2).

Tabela 2. Mamografias realizadas segundo região geográfica entre 2015 e 2019

Região	Mama Esquerda (%)	Mama Direita (%)	Ambas (%)	Não (%)
Norte	14.543 (4,1)	13.041 (3,7)	7.886 (2,2)	315.556 (90)
Nordeste	96.822 (2,7)	93.096 (2,6)	50.212 (1,4)	3.290.206 (93,3)
Centro-Oeste	34.570 (4,4)	32.186 (4,1)	16.979 (2,2)	698.440 (89,3)
Sudeste	156.127 (3,4)	146.403 (3,1)	69.618 (1,5)	4.290.830 (92)
Sul	141.155 (4,1)	124.531 (3,6)	68.614 (2)	3.093.691 (90,3)
Total	443.397	409.257	213.309	11.688.723

A Tabela 1 demonstra que os números de mamografias realizadas nas regiões brasileiras aumentaram gradativamente nos últimos anos. O aumento no número de mamografias realizadas nas regiões brasileiras pode estar relacionado a diversos fatores. Em 16 de maio de 2013 foi instaurada a portaria GM/MS n.º 874 que constitui a política nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS e em 27 de fevereiro de 2014 foi instituída a portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde n.º 140 que estabelece os critérios e parâmetros para organização, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de profissionais para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS, acredita-se que o estabelecimento dessas políticas tem ajudado no aumento no números de mamografias e detecção precoce do câncer de mama nas regiões brasileiras (BRASIL, 2019).

O câncer de mama é considerado um problema de saúde pública devido ao aumento no seu índice e letalidade. Dessa maneira, o movimento Outubro Rosa tem como objetivo realizar o diagnóstico precoce a fim de diminuir a mortalidade em decorrência desta enfermidade e promover a atenção da população sobre essa neoplasia em mulheres em âmbito mundial (COUTO *et al.*, 2017). A atenção básica tem grande importância no Outubro Rosa no que diz respeito ao câncer de mama, pois promove ações mediante abordagens educativas, em momentos coletivos ou individuais de consulta, de forma que a propagação de conhecimento é realizada por meio de esclarecimentos sobre a doença, fatores de risco, sinais de alerta ao autoexame clínico das mamas, formas de diagnóstico e tratamento (COUTO *et al.*, 2017; SANTOS & CHUBACI, 2011). Logo, este movimento pode ter relação com o aumento no número de mamografias nos últimos anos nas regiões brasileiras.

O Gráfico 1, permite analisar a quantidade de mamografias realizadas por 100 mil habitantes segundo cada região. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípio a universalidade, a qual garante o acesso aos cuidados de saúde integralmente, porém, este ainda não é efetivado para uma grande parcela da população brasileira, principalmente a população em situação de vulnerabilidade e residente em áreas rurais (BRASIL, 2019; GARNELO *et al.*, 2018). A região Norte concentra os piores índices de utilização dos serviços de saúde no País, baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), baixa renda, dispersão populacional com as grandes distâncias geográficas típicas da Amazônia, baixa quantidade de médicos (1/1000 habitantes), que é sete vezes menor que a encontrada nas capitais do Sul do País (7,1/1000), tudo isso associado com o tipo e quantidade de serviços ofertados diante das necessidades da população, dificulta o acesso a mamografias, apesar

do gráfico demonstrar lento aumento no número de mamografias nos últimos anos (GARNELO *et al.*, 2018).

A Região Nordeste também possui uma situação de desigualdade, pois há algumas cidades dessa região com IDH bastante baixo. As desigualdades vivenciadas por parte considerável da população do Nordeste brasileiro são decorrentes de uma complexa combinação de fatores individuais e contextuais, fortemente associados aos aspectos socioeconômicos e demográficos presentes nessa região (GARNELO *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2013). Nos últimos anos, a Estratégia de Saúde da Família vem ampliando as ações de serviços na atenção primária em saúde, isso vem contribuindo na redução das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde nos últimos anos, como observado no Gráfico 2 que demonstra que a Região Nordeste está crescendo com o número de mamografias gradativamente nos últimos (COUTO *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

O mesmo Gráfico demonstra que a Região Centro-Oeste teve baixo número de mamografias em entre 2017 e 2018, logo depois houve um pequeno aumento. Nessa região também houve aumento na via de plano de saúde e assistência do SUS nos últimos anos, porém, ainda persiste a baixa cobertura de mamografias por 100 mil habitantes (BRASIL, 2019; FREITAS-JUNIOR *et al.*, 2016; VIACAVAL & BELLIDO, 2016). As Regiões Sudeste e Sul são mais desenvolvidas socioeconomicamente em relação a outras regiões do Brasil e apresentam melhores condições, estrutura e alta oferta de serviços de saúde para atendimento da população (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016). Apesar da região Sudeste ser desenvolvida economicamente apresenta baixos números de mamografias realizadas por 100 mil habitantes, já a Região Sul tem alta cobertura mamografias contribuindo para o diagnóstico precoce do câncer de mama e consequentemente diminuição da mortalidade (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016; UCHIMURA *et al.*, 2017).

A Tabela 2 apresenta uma maior incidência de nódulos em mama esquerda em relação a mama direita, acredita-se que isso está relacionado a maior presença de nódulos indolores ou espessamento de massa (MAIESKI & SARQUI, 2007). Além disso, a maioria das mulheres apresentam mamas irregulares, sendo que essas irregularidades podem ser confundidas com neoplasias das mamas, isso faz com que haja uma maior procura para detecção de câncer de mama através de mamografias, porém o índice de nódulos é menor em relação a quantidades de mamografias realizadas (SANTOS, 2002). A Tabela 2 também demonstra que ambas as mamas podem ser acometidas por nódulos, e acredita-se que isto está relacionado ao fato de o câncer de mama estar possivelmente em estágio avançado (DALECK *et al.*, 1998).

A mamografia pode detectar o câncer um ano e meio a quatro anos antes de se tornar clinicamente evidente. Em contrapartida vários fatores como: densidade mamária, baixo índice de massa corporal e experiência do radiologista que realiza a leitura podem afetar a precisão do rastreamento (GILL & YANKASKAS, 2003; KERLIKOWSKE *et al.*, 2005). Ainda na Tabela 2 é possível evidenciar que em todas as regiões brasileiras a maioria das mamografias realizadas foram negativas para alterações malignas da mama, porém uma mamografia negativa não deve impedir avaliação posterior em caso de suspeita clínica, pois até 15% dos cânceres detectados no exame clínico das mamas não são visíveis na mamografia diagnóstica (SHAW *et al.*, 2009; TAYLOR & POTTS, 2008; YANKASKAS *et al.*, 2004). Além disso, a taxa de falso-negativo de mamografia de rastreamento foi relatada entre 10% a 30%, com a taxa de falso-negativo sendo mais alta em mulheres com tecido mamário marcadamente denso (CIATTO *et al.*, 2005; THURFJELL *et al.*, 1994; YANKASKAS *et al.*, 2004).

CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil epidemiológico dos pacientes que realizam a mamografia no período estudado é descrito por um fator socioeconômico melhor, principalmente nas áreas sudeste, nordeste e sul devido a facilidade do acesso a mamografias, em relação a outras regiões.

Observa-se que, quanto maior o nível socioeconômico da mulher, maior a prevalência de consultas e, portanto, maior a oportunidade de solicitação do exame pelo profissional. Para promover a equidade na utilização dos exames preventivos, a informação sobre a realização de mamografia deve ser disseminada entre todas as mulheres, independentemente de sua condição social e econômica.

Cabe lembrar que o método de rastreamento, todavia, não atinge todas as mulheres da população-alvo, sendo necessário o investimento na capacitação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações educativas sobre a importância da mamografia como prática de detecção precoce do câncer de mama. O serviço de saúde deve oportunizar a oferta do exame, com foco na equidade e acesso, ampliando sua cobertura entre as usuárias do SUS.

No entanto, é relevante ressaltar, a importância da realização da mamografia para prevenção do câncer de mama e diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, M.V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde coletiva*, v. 22, p. 1055, 2017.
- BRASIL. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- BRASIL. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- BRASIL. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- CIATTO, S *et al.* The role of arbitration of discordant reports at double reading of screening mammograms. *Journal of Medical Screening*, v. 12, p. 125, 2005.
- COSTA, N.R. & ALMEIDA, S.R. A epidemiologia do câncer de mama em Roraima. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, p. 10570, 2020.
- COUTO, V.B.M. *et al.* “Além da mama”: o cenário do outubro rosa no aprendizado da formação médica. *Revista brasileira de educação médica*, v.41, p.30, 2017.
- COSAC, O. M. *et al.* Tratamento cirúrgico das complicações resultantes da radioterapia adjuvante: relato de caso. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, v. 31, n. 4, p. 591-595, 2016.
- DALECK, C.R. *et al.* Aspectos clínicos e cirúrgicos do tumor mamário canino. *Ciência rural*, v. 28, p. 95, 1998.
- FREITAS-JUNIOR, R. *et al.* Contribuição do Sistema Único de Saúde no rastreamento mamográfico no Brasil, 2013. *Radiol Bras.*, v.49, n. 5, p. 305–310, Set/Out. 2016.
- GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate*, v. 42, p. 81, 2018.
- GEBRIM, L.H & QUADROS, L.G.A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, p. 319, 2006.
- GILL, K. S & YANKASKAS, B.C. Screening mammography performance and cancer detection among black women and white women in community practice. *Cancer*, v. 100, p. 139, 2003.
- KERLIKOWSKE, K. *et al.* Differences in screening mammography outcomes among white, chinese, and filipino women. *Archives of Internal Medicine*, v. 165, p. 1862, 2005.
- MAIESKI, V.M & SARQUIS, L.M.M. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. *Cogitare Enfermagem*, v. 12, p. 346, 2007.
- MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, e00074817, 2018.
- OLIVEIRA, B.L.C.A. Desigualdades socioeconômicas, demográficas e em saúde no Nordeste brasileiro. *Revista de Pesquisa em Saúde*, v. 14, p. 150, 2013.
- SANTOS, G.D & CHUBACI, R.Y.S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 2533, 2011.
- SANTOS, V.C. Segmentação de imagens mamográficas para detecção de nódulos em mamas densas. 121 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) - Escola de Engenharia de São Carlos, da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2002.
- SHAW, C.M. *et al.* Consensus review of discordant findings maximizes cancer detection rate in double-reader screening mammography: irish national breast screening program experience. *Radiology*, v. 250, p. 354, 2009.

SILVA, R.P. *et al.* Fatores associados à realização de mamografia em usuárias da atenção primária à saúde em Vitória, Espírito Santo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 28, e2018048, 2019.

TAYLOR, P. & POTTS, H.W.W. Computer aids and human second reading as interventions in screening mammography: two systematic reviews to compare effects on cancer detection and recall rate. *European Journal of Cancer*, v. 44, p. 798, 2008.

THURFJELL, E.L. *et al.* Benefit of independent double reading in a population-based mammography screening program. *Radiology*, v. 191, p. 241, 1994.

UCHIMURA, L.Y. T *et al.* Avaliação de desempenho das regiões de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, p. 271, 2017.

VIACAVA, F. & BELLIDO, J.C. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 351, 2016.

YANKASKAS, B. *et al.* International comparison of performance measures for screening mammography: can it be done? *Journal Of Medical Screening*, v. 11, p. 187, 2004.

99

LESÕES BUCOMAXILOFACIAIS COMO MARCADORES DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do curso de Odontologia, Faculdade Independente do Nordeste, Vitória da Conquista. BA.

² Professora do curso de Odontologia, Faculdade Independente do Nordeste, Vitória da Conquista. BA.

AUTORES

TAMILLES DA SILVA MAIA¹

GRACIELA MIRANDA LUZ¹

KARIZA VARGENS DINIZ CORREIA²

Palavras-chave: Odontologia Legal; Traumatismos Faciais; Violência Contra a Mulher.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) é um significativo problema de saúde pública, bem como uma violação fundamental dos direitos humanos das mulheres. Se enquadra em um tipo de violência por razões do gênero, que resulte de um ato violento ou do uso de força física, com intuito de causar dano, proposital ou não, de ordem física, emocional, psicológica ou sexual, podendo envolver abandono, negligência e privação de cuidados (BRASIL, 2009; WHO, 2013).

A VCM está enraizada culturalmente na sociedade brasileira, reforçando o papel universal e histórico das mulheres como responsáveis pelos cuidados dos filhos e de outros membros da família e dos afazeres domésticos, refletindo na discriminação aos princípios da igualdade de direitos e ao respeito à dignidade da pessoa humana, à participação da mulher na vida política, social, econômica e cultural de seu país (BARATA, 2009; DUARTE, 2017).

A violência doméstica é a mais comum das VCM e além de sofrer violência dentro da própria família, geralmente ainda são vítimas de preconceito quando tentam buscar ajuda e se deparam com o despreparo das autoridades e funcionários em atender a mulher violentada. Porém, têm havido ganhos importantes contra VCM no campo legal e social, como as delegacias da mulher na década de 1980 e a Lei nº 11.340. Criada e sancionada em 07 de agosto de 2006, esta lei decretou formas de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra mulheres. Ficou popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, em virtude do caso de Maria da Penha Maia Fernandes, cearense, biofarmacêutica, a qual foi vítima de duas tentativas de homicídio, que teriam sido cometidas pelo próprio marido (BRASIL, 2006; SILVA *et al.*, 2010).

Considerando estatísticas internacionais, entre 13% e 61% das mulheres com idades entre 15-49 anos relataram que um parceiro íntimo abusou fisicamente delas pelo menos uma vez na vida.

A violência física, não sexual, é apenas uma, das variadas formas de se agredir uma mulher, pode ser configurada por socos, empurrões, tapas, etc. Mulheres que sofreram violência física são mais propensas a ter problemas emocionais, psicológicos e físicos, com consequentes repercussões na capacidade de trabalho e nas relações familiares e sociais (BERNARDINO *et al.*, 2018).

A região da cabeça, mais especificamente a face, representa a área mais acometida pela violência física não sexual. Apresenta grande vulnerabilidade sendo assim compatível com a região de maior incidência das lesões. A região de face é a de preferência do agressor pelo caráter simbólico de humilhação expressado quando o rosto da mulher é atingido. A intenção do agressor é tornar visível a lesão e com isso prejudicar um atributo muito valorizado socialmente que é a beleza feminina, além de produzir sentimentos de autodepreciação e vergonha gerando acentuado sofrimento psíquico (ARDUIM *et al.*, 2018; BERNARDINO *et al.*, 2018).

A relação entre a VCM e o Cirurgião-Dentista se dá pelo envolvimento frequente de estruturas da face e da cavidade oral e pela Lei nº 10.778/2003. É comum encontrar traumas faciais compostos, ou seja, com presença de lesões de tecidos moles e de fraturas ósseas. Também é comum encontrar traumas intraorais, como lesões e lacerações nos tecidos moles, gengiva, mucosas e lábio, luxações e concussões dentárias, fraturas dentárias, periodontite traumática (BERNARDINO *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2019).

A Lei nº 10.778/2003 estabelece a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher, a qual obriga a todos os profissionais da saúde no território nacional notificar por meio de ficha produzida especificamente pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que deve ser encaminhada ao serviço de referência sentinela ou à autoridade sanitária competente (BRASIL, 2004).

O Cirurgião-Dentista deparando-se com situação de VCM, deve reconhecer lesões decorrentes de violência, conhecer as normas e leis que explicitam a conduta profissional a ser tomada, e cumprir seus deveres com a sociedade. Desta forma, este estudo tem como objetivos relatar, por meio de uma revisão da literatura, lesões bucomaxilofaciais em mulheres vítimas de violência não sexual e elucidar aspectos causais e possíveis repercussões à vida.

MÉTODO

Levantamento bibliográfico nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e Google Acadêmico, nos idiomas português e inglês, entre os anos de 2004 a 2020, com os descritores controlados: *Odontologia Legal/Forensic Dentistry*; *Traumatismos Faciais/Facial Injuries*; *Violência contra a Mulher/Violence Against Women*. Não foram utilizados operadores booleanos e não foram feitas combinações com os descritores. Os textos oficiais foram levantados por busca ativa. Os trabalhos obtidos na pesquisa passaram por triagem realizada pelas autoras, excluindo aqueles que não contemplavam a temática, estivessem em outro idioma que não os determinados e em formatos de trabalhos de conclusão de curso. Foram incluídos artigos de pesquisa, relatos de casos e revisões, guias, manuais, diretrizes de política nacional e textos de leis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A violência pode ser classificada em “violência física” que compreende lesões e danos à integridade física das mulheres; “violência psicológica”, que inclui humilhações, isolamento,

desprezos e intimidações; “violência patrimonial”, que se concretiza em roubo, retenção ou danos aos bens materiais, recursos e/ou documentos; “violência verbal”, caracterizada por xingamentos, ofensas, ameaças e injúrias; e “violência sexual”, caracterizada por relações sexuais forçadas ou práticas sexuais não consentidas (SIGNORELLI *et al.*, 2013).

A lesão facial decorrente da violência doméstica vem se destacando nos atendimentos de emergência. A região de cabeça e pescoço é a área mais acometida por ser uma área exposta e pouco protegida (CASTRO *et al.*, 2017; NÓBREGA *et al.*, 2017).

Causas das lesões orofaciais

A violência física abrange o maior número entre as denúncias de VCM e o meio mais comum das agressões é a força física. O alcoolismo é a principal causa motivacional, embora haja controversas de que o álcool é apenas um estimulante do caráter violento do agressor (AMARAL *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A faixa etária predominante das vítimas é de jovens adultas, solteiras ou que não têm uma união estável. Em relação à raça/cor, as mulheres negras e pardas são as que possuem maior prevalência entre as vítimas. As agressões em sua grande maioria, são cometidas por parceiros íntimos, tendo a preponderância do sexo masculino em 80% dos casos (AMARAL *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Mulheres independentes economicamente de seus parceiros são mais instruídas e têm uma maior capacidade em lidar com esse tipo de violência, enquanto as dependentes ficam coagidas com medo do seu agressor ou receio de não conseguirem se sustentarem sozinhas após a denúncia. As mulheres negras são as que mais sofrem com as taxas de desempregos e salários baixos, contribuindo ainda mais a necessidade financeira do seu parceiro (OLIVEIRA *et al.*, 2019). O reconhecimento do valor da união matrimonial e a religião são fatores que podem influenciar as vítimas a não denunciarem o seu agressor, o que explica o maior número de denúncias de mulheres solteiras ou que não possuem união estável (NÓBREGA *et al.*, 2017).

A região de cabeça e pescoço é a área mais acometida durante as agressões físicas em vítimas de violência doméstica. Mais da metade (58%) das mulheres que sofrem esse tipo de violência, possuem ao menos uma lesão em cabeça ou pescoço descritas em seu relatório médico legal. O trauma maxilofacial tem prevalência de 48,5% nos casos de lesões que acometem essa região (CASTRO *et al.*, 2017; NÓBREGA *et al.*, 2017).

Determinadas hipóteses podem explicar os motivos da “preferência” do agressor em atacar o rosto durante os episódios de violência e uma delas é em virtude da localização anatômica acessível e normalmente centrada na mesma altura do braço do atacante. Outra explicação refletiu-se ao caráter característico de humilhação que o agressor causa a vítima quando atinge o seu rosto, visto que dessa maneira torna visível as marcas das agressões prejudicando a beleza feminina, sensibilizando assim, a autoestima da mulher (BERNARDINO *et al.*, 2018; MARQUES *et al.*, 2016).

Características das lesões orofaciais

O instrumento mais utilizado para praticar as agressões é o contundente, em especial utilizando partes do próprio corpo como pés e mãos, na forma de chutes, golpes, tapas, entre outros. Isso faz com que, comumente ocorra apenas lesões em tecido mole com restrição de agressões mais

graves que acometem outros tecidos ou levam a fratura dental (CASTRO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2016). Os sinais clínicos mais prevalentes são cortes, edemas ou hematomas na região facial. Embora as lesões que envolvem os tecidos moles são qualificadas como leves, elas podem precisar de um manejo complexo e causar sequelas estéticas e funcionais nas vítimas (BERNARDINO *et al.*, 2017; BERNARDINO *et al.*, 2018).

Silva *et al.* (2016) relataram em sua pesquisa o predomínio de várias lesões intra e extraorais, sendo as regiões extraorais citadas com maior frequência: boca, órbita e região malar, enquanto as regiões infraorbital, temporal e maxilar possuem menor frequência. Já nos casos de regiões intraorais, os dentes e mucosa labial são as mais afetadas.

As lesões classificadas de natureza grave em sua maior parte envolvem fraturas no complexo maxilomandibular, que podem resultar na perda temporária da capacidade de realizar ocupações habituais como as funções mastigatórias e fonéticas, assim como avulsões e perdas dentárias decorrentes de fraturas, o que pode comprometer a estética dentária durante o sorriso ou fala. Nos casos de envolvimento dos tecidos moles da face, podem originar cicatrizes, deformidades permanentes e paralisia dos músculos da expressão facial (GARBIN *et al.*, 2006).

Repercussões das lesões orofaciais

Mulheres que sofrem ou já sofreram algum tipo de violência são mais predispostas a desenvolverem problemas emocionais, psicológicos e físicos, até mesmo os traumas orais e maxilofaciais podem gerar algumas limitações futuras (BEYDOUN *et al.*, 2017). Os problemas físicos são destacados como dor crônica e limitações como resultados de agressões físicas qualificadas como graves. A saúde mental também sofre esses impactos e tem-se como consequência a ansiedade, depressão, insônia e outros problemas psicológicos. As vítimas também podem desenvolver vícios como o uso abusivo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. Muitas afirmaram que a utilização deste meio convém para tentar ajudar esquecer a dor e os traumas da violência (ALVARADO *et al.*, 2018).

No Brasil, a violência doméstica é responsável pelas grandes taxas de morbimortalidade e por acarretar grandes danos à saúde da mulher. Os agravos na saúde física e mental também possuem implicações econômicas e sociais. Essas mulheres podem apresentar tanto o absenteísmo, se ausentando do trabalho devido as complicações das lesões ou vergonha dos hematomas e comprometimento estéticos, como também apresentar o presenteísmo com a falta de eficiência e concentração no trabalho (BARROS *et al.*, 2016; ALVARADO *et al.*, 2018).

Atuação do Cirurgião-Dentista

O comprometimento do complexo bucomaxilofacial como área alvo de lesões em casos de violência reforça para a importância da atuação do Cirurgião-Dentista no atendimento integral e humanizado. Compete a ele diagnosticar, notificar, orientar e realizar o encaminhamento das mulheres ao atendimento especializado (GARBIN *et al.*, 2006).

A conduta odontológica deve ser executada com intuito de proporcionar acolhimento às vítimas, visando conceder amparo e empoderamento para que busquem por seus direitos. O profissional tem como responsabilidade ético-legal de, ao se deparar com a suspeita ou constatação de alguma situação de violência durante a prática clínica, comunicar aos órgãos competentes, dando início ao processo de assistência e proteção (GARBIN *et al.*, 2016; ARDUIM *et al.*, 2018).

O Cirurgião-Dentista, assim como outros profissionais da saúde, na qualidade de corresponsável no enfrentamento para a redução e prevenção da violência contra a mulher, tem a obrigatoriedade do preenchimento da ficha de Notificação Compulsória. Além disso, é seu dever efetuar o registro em prontuário bem estruturado, arquivar devidamente e atentar-se ao sigilo profissional. Logo, o preenchimento adequado de prontuários e a realização da notificação propiciam subsídios para mensuração dessa problemática, bem como auxilia no planejamento e adoção de políticas públicas em saúde (GARBIN *et al.*, 2016; ARDUIM *et al.*, 2018).

As vítimas de violência são usuárias constantes do serviço de saúde, pois na maioria das vezes necessitam de acompanhamento e tratamento. Contudo, a ausência de um profissional capacitado pode acarretar em laudos com pobreza de detalhes referentes à região, podendo afetar a qualidade na descrição das lesões e, conseqüentemente, levar a impactos prejudiciais à vítima (ARDUIM *et al.*, 2018; SILVA, 2019).

Segundo a Lei nº 5.081/66 cabe ao Cirurgião-Dentista “proceder a perícia Odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa”. Por se tratarem de lesões orofaciais, o odontologista é considerado como profissional de maior competência para avaliar e interpretar tais danos, além de ser o responsável pela análise de questões criminais em que implicam aspectos odontológicos nos diversos tipos de perícia (CAMPOS *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Durante as agressões físicas direcionadas às mulheres, a área de maior impacto atingida é a região de cabeça e pescoço, em virtude da localização anatômica acessível e normalmente centrada na mesma altura do braço do atacante, assim como o caráter característico de humilhação que o agressor causa a vítima quando atinge o seu rosto, as marcas das agressões tornam-se visíveis, prejudicando a beleza feminina e atacando a autoestima da mulher. Mulheres que sofrem ou já sofreram algum tipo de violência são mais predispostas a desenvolverem problemas emocionais, psicológicos e físicos, até mesmo os traumas orais e maxilofaciais podem gerar algumas limitações futuras.

Compete ao Cirurgião-Dentista, juntamente com uma equipe multidisciplinar, conhecer e executar as leis de proteção às mulheres vítimas de violência e à saúde pública conceber estratégias de atenção básica para recuperação ou reabilitação das mulheres vitimadas, na tentativa de minimizar ou sanar a violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARADO, G. *et al.* The health-related impacts and costs of violence against women and girls on survivors, households and communities in Ghana. *Journal of Public Health in Africa*, v. 9, p. 110, 2018.
- AMARAL, M.B.L. *et al.* Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. *Revista Estudos Feministas*, v. 24, p. 521, 2016.
- ARDUIM, A.S. *et al.* Perfil epidemiológico de lesões de violência física em mulheres: estudo transversal. *Revista Saúde (Santa Maria)*, v. 44, p. 1, 2018.
- BARATA, R.B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: _____. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, p. 73. ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- BARROS, E.N. *et al.* Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 591, 2016.
- BERNARDINO, I.M. *et al.* Intimate partner violence against women, circumstances of aggressions and oral-maxillofacial traumas: A medical-legal and forensic approach. *Legal Medicine*, v. 31, p. 1, 2018.
- BERNARDINO, I.M. *et al.* Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 3033, 2017.
- BEYDOUN, H.A. *et al.* Relationship of physical intimate partner violence with mental health diagnoses in the nationwide emergency department sample. *Journal of Women's Health*, v. 26, p. 141, 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Violência: uma epidemia silenciosa. Brasília: CONASS, 2009.
- BRASIL. Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 3 jun. 2004.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 8 ago. 2006.
- CAMPOS, M.L.R. *et al.* Análise de lesões orofaciais registradas no Instituto Médico-Legal de São Luís (MA), no período de 2011-2013. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, v. 3, p. 21, 2016.
- CASTRO, T.L.D. *et al.* Violence against women: characteristics of head and neck injuries. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 65, p. 100, 2017.
- DUARTE, K.M.M. (Org). Saúde da mulher: questões da prática assistencial para dentistas. São Luís, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/549/1/Livreto_Odonto.pdf>. Acesso em: 07 set. 2020.
- GARBIN, C.A.S. *et al.* Percepção e atitude do Cirurgião-Dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 179, 2016.
- GARBIN, C.A.S. *et al.* Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 2567, 2006.
- MARQUES, R.C. *et al.* Danos bucomaxilofaciais em mulheres: registros do instituto médico legal de São Luís, Maranhão – 2010 a 2013. *Revista de Pesquisa em Saúde*, v. 17, p. 69, 2016.
- NÓBREGA, L.M. *et al.* Pattern of oral-maxillofacial trauma from violence against women and its associated factors. *Dental traumatology*, v. 33, p. 181, 2017.
- OLIVEIRA, C.A.B. *et al.* Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia-Brasil. *Revista Cuidarte*, v. 10, p. 1, 2019.

PEREIRA, J.B. *et al.* Trauma bucomaxilofacial resultado da violência doméstica contra a mulher. Revista UNINGÁ, v. 56, p. 169, 2019.

SIGNORELLI, M.C. *et al.* Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, p. 1230, 2013.

SILVA, E.D.M. A odontologia e a violência doméstica contra mulheres: diagnóstico e conduta. Scire Salutis, v. 9, p. 22, 2019.

SILVA, E.N. *et al.* Epidemiological Profile and Characterization of Oral and Maxillofacial injuries in Women Victims of Interpersonal Violence. International Journal of Odontostomatology, v. 10, p. 11, 2016.

SILVA, R.F. *et al.* Atuação profissional do cirurgião dentista diante da lei Maria da Penha. Revista Sul-Brasileira de Odontologia, v. 7, p. 110, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization., 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>. Acesso em: 07 set. 2020.

100

A IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL NA RESSIGNIFICAÇÃO DA PERDA GESTACIONAL

FILIAÇÃO

¹ Acadêmicos de Enfermagem
Faculdade Estácio de Teresina,
Teresina, PI.

² Docente na Faculdade Estácio de
Teresina, Teresina, PI.

³ Enfermeiro especialista em
Urgência e Emergência pela
FATESP, Teresina-PI.

AUTORES

ROSANA SEREJO DOS SANTOS¹

SOLANGE CRISTINA FERREIRA DE QUEIROZ¹

BRUNA DE ABREU SEPULVEDRA REIS²

ANNA THEREZA RIBEIRO PINDAÍBA MOURA¹

DIANA PAIVA SILVA¹

FELIPE CLÉCCIO DOS SANTOS³

IDAIANE RIBEIRO DIAS CASTRO¹

JAYSSE KELLY AMORIM DA SILVA¹

MARCELLA DE SOUZA COSTA¹

SUÊNIA MARIA DA SILVA LIMA¹

VALDEANE SILVA SANTOS¹

VALERIA DA SILVA CARVALHO¹

MAKELLYNE DA COSTA MENDES¹

WENDEL MARCOS ALVES¹

ZENAIDE DIAS LOBO¹

ANA PAULA COSTA CARVALHO¹

Palavras-chave: Morte Perinatal; Apoio Social; Pesar.

INTRODUÇÃO

A morte não é apenas um evento fisiológico, o luto e morrer são processos que vêm permeando transformações através dos séculos, sendo construído social e culturalmente. Esse processo de morrer e os rituais de despedida foram alterados de forma que o que antes era em ambientes domésticos, em meio à família e amigos com despedidas e sem vergonha do pesar e luto, hoje é em ambientes hospitalares crescendo a dificuldade social em lidar com a morte, tristeza e a dor (SANDOVAL *et al.*, 2020).

Para Siqueira e Griebeler (2018) a morte é uma das poucas certezas que se tem na vida e que esse processo é uma progressão que se inicia no momento da concepção. O ciclo gravídico-puerperal é culturalmente conhecido como sinônimo de sucesso e alegria, assim como o parto e o nascimento é conhecido como um momento de construção de vínculo, cheio de sonhos e planos para essa nova

etapa, mas nem sempre esse momento possui somente alegria. A perda chega junto com o que seria vida, a perda gestacional ou neonatal (MONTERO *et al.*, 2011).

Lidar com a perda de um filho expõe a fragilidade do ser humano e um sofrimento intenso, implica em um luto diferenciado e por muitas vezes negligenciado. Os pais que possuem esta bagagem na vida possuem aspectos individuais e dinâmica no relacionamento familiar para restaurar. O silêncio é muito comum por parte das pessoas do ciclo dessas famílias e o luto passa a vivenciado de forma isolada (PEREIRA *et al.*, 2018).

Para os profissionais, a morte é um momento ainda complexo e que desperta medo e insegurança, e a abordagem frente à perda perinatal traz uma questão pendente: a assistência. Os multiprofissionais que prestam assistência na gestação, parto e pré-parto não sabem se comportar, acompanhar e interpretar a compreensão da família sobre o processo de morte, morrer e luto dificultando o cuidado e as intervenções necessárias (MONTERO *et al.*, 2011).

Os profissionais de saúde estudam e capacitam-se para auxiliar o paciente na prevenção e/ou recuperação da saúde, visando o bem estar físico e psicológico. Mas também são mensageiros de notícias que lembram os próprios desafios e medos: a notícia de morte. Comunicar a morte gestacional ou neonatal, a informação e o acolhimento, possuem suas especificidades e singularidades (PINHEIRO *et al.*, 2009).

Com base no exposto, esse estudo busca avaliar como o apoio social influencia na ressignificação da perda gestacional e neonatal.

MÉTODO

Trata-se de estudo do tipo revisão integrativa da literatura. Entende-se por pesquisa bibliográfica, tendo como principais objetivos, proporcionar aprendizado sobre determinadas áreas do conhecimento (GALVÃO & RICARTE, 2019).

Para elaboração, necessitou-se percorrer seis etapas sistemáticas descritas por Mendes e colaboradores (2019), sendo elas: etapa 1 – identificação do tema e escolha da questão norteadora; etapa 2 – estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura; etapa 3 – definição das informações a serem extraídas dos estudos; etapa 4 – classificação do estudos; etapa 5 – avaliação e interpretação dos resultados; e por fim, etapa 6 – apresentação dos estudos, síntese do conhecimento.

Primeiramente foi escolhida a temática a ser abordada e logo em seguida a formulação da questão norteadora por meio da estratégia PICO, um acrônimo em que “P” é a população ou participantes (Perda gestacional ou neonatal), “I” o fenômeno de interesse (Apoio Social) e “Co” para contexto do estudo (Luto contido) (CANON & BUITRAGO-GOMEZ, 2018). Dessa forma, definiu-se como questão norteadora do estudo “Como o apoio social influencia na ressignificação da perda gestacional e neonatal?”.

Na etapa seguinte foi realizada a busca nas bases de dados via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed. Utilizando-se de estratégias de busca conforme apresentado no Quadro 1.

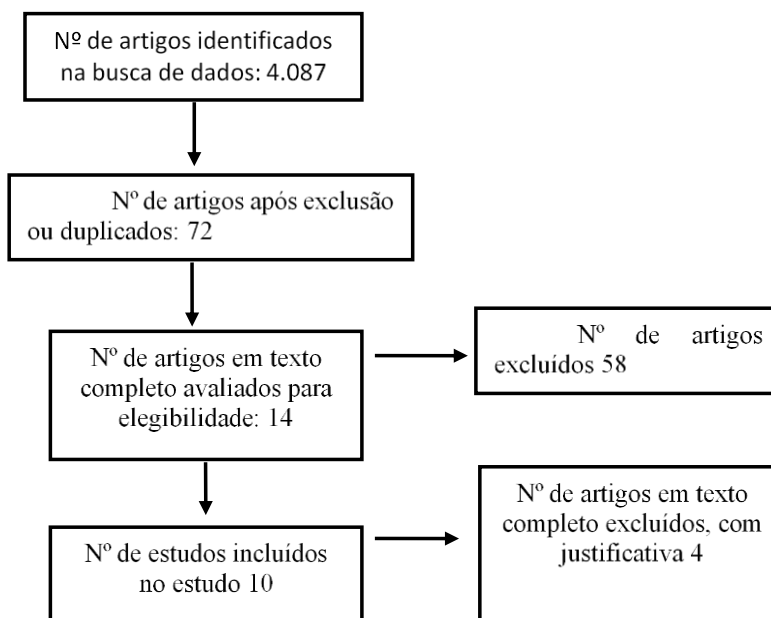
Quadro 1. Estratégia de busca dos artigos nas bases de dados – Teresina, PI, Brasil., 2020

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
VIA BVS	tw: (“morte perinatal” AND “apoio social” OR “humanização da assistência” and “luto contido” OR pesar)
SCIELO	“morte perinatal” AND “apoio social” OR “humanização da assistência” and “luto contido” OR pesar
PUBMED	“Perinatal Death” AND “Social Support” OR “Humanization of Assistance” AND “Disenfranchised Grief” OR Grief

Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos que abordam a temática, publicado nos últimos cinco anos, em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra. Excluíram-se os artigos que não estavam de acordo com os critérios de inclusão, teses ou monografias, revisão bibliográfica ou integrativa, livros e em duplicidades. Foram selecionados 13 artigos.

Inicialmente, identificou-se um total de 34 artigos nas bases via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), um na SCIELO e 4.052 PubMed e dois em outras bases. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, apenas 72 artigos permaneceram elegíveis para este estudo. Sendo que após leitura criteriosa dos títulos, objetivos e resumo 12 foram considerados selecionados. Estes, por sua vez, passaram por uma leitura flutuante de todo o corpo do estudo visando identificar quais abordavam a temática pesquisada e que, desta forma, respondiam à questão norteadora do estudo, conforme Figura 1.

Figura 1. Fluxograma do caminho percorrido na seleção de artigos – Teresina, PI, Brasil, 2020



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o processo de identificação e inclusão, os estudos foram classificados de acordo com conceitos descritos por Polit e Beck (2019) para avaliação dos estudos quanto ao nível de evidência (NE). Estabelecidos pelo rigor metodológico, onde cinco artigos (50%) foram classificados com nível de evidencia 1A por ser Revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos comparáveis, três estudos (30%) foram classificado com 2B por se tratar de ensaio clínico não randomizado, um artigo (10%) foi classificado em nível quatro por se tratar de correlação observacional e um estudo (10%) com evidência de nível seis por se tratar de estudo descritivo qualitativo, conforme Quadro 2 com a caracterização dos achados em ano, título, objetivo, tipo de estudo e nível de evidencia.

Quadro 2. Caracterização dos artigos selecionados para a análise de dados, segundo ano, título, objetivo, tipo de estudo e nível de evidência – Teresina, PI, Brasil, 2020

ANO	TÍTULO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	NE*
2019	Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-summary.	Realizar um meta-resumo qualitativo das experiências de pais e profissionais de saúde de cuidados após natimorto.	Revisão Sistemática	1A
2016	From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth	Revisar, avaliar e resumir sistematicamente as evidências atuais sobre o impacto psicossocial da natimortalidade para os pais e suas famílias, com o objetivo de melhorar a orientação no cuidado ao luto em todo o mundo.	Revisão Sistemática	1A
2019	An open trial of meaning-centered grief therapy: Rationale and preliminary evaluation	Determinar a viabilidade preliminar, aceitabilidade e efeitos da Terapia do Luto Centrada no Significado para pais que perderam um filho para o câncer.	Ensaio Clínico Não randomizado	2B
2020	Men and Miscarriage: A Systematic Review and Thematic Synthesis	Revisar sistematicamente as evidências de experiências vividas de parceiros homens em países de alta renda	Revisão Sistemática	1A
2016	Long-term effects of the Family Bereavement Program on spousally bereaved parents: Grief, mental health problems, alcohol problems, and coping efficacy	Analisar relatórios sobre os resultados de um acompanhamento de 6 anos de um ensaio randomizado do Programa de Luto pela Família sobre os resultados para pais enlutados.	Estudo controlado não randomizado	2B
2020	When a child dies: a systematic review of well-defined parent-focused bereavement interventions and their alignment with grief- and loss theories	Fornecer uma visão geral das intervenções de luto bem definidas, com foco nos pais e realizadas por profissionais de saúde regulares.	Revisão Sistemática	1A
2020	Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model	Resumir e avaliar a literatura com foco no luto dos homens após a perda da gravidez e a perda neonatal.	Revisão Sistemática	1A

2016	Interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss: a pilot randomized controlled trial	Examinar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia preliminar de uma psicoterapia interpessoal adaptada para transtorno depressivo maior após a perda perinatal (aborto, natimorto ou morte neonatal precoce).	Estudo controlado não randomizado	2B
2015	Processo de enfermagem à família de uma gestante adolescente baseado na teoria de Orem	Prestar cuidados de enfermagem à família de uma gestante adolescente de alto risco internada em uma maternidade da zona norte do Ceará/Brasil com base na teoria do Déficit do Autocuidado de Orem	Estudo de caso	4
2015	Morte na maternidade: como profissionais de saúde lidam com a perda	Estudar como profissionais de saúde vivenciam e enfrentam a situação de perda gestacional decorrente da morte fetal, com base na investigação de aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados à situação.	Estudo descritivo qualitativo	6

Fonte: Dados da pesquisa, 2020. **NE*** Nível de evidência.

Para Shakespeare (2019), existem intervenções possíveis que podem fazer uma diferença imediata na vida das famílias e auxiliar nessa etapa difícil, o que inclui educação pública para reduzir o estigma e a culpa, e a promoção de uma agenda de cuidados maternos respeitosos. Entre tanto os principais achados deste estudo intensificam a importância da escuta ativa e presença silenciosa como auxiliares na ressignificação do luto perinatal.

Em seus estudos, Williams *et al.* (2020) buscaram compreender as experiências vividas por parceiros do sexo masculino durante e após o aborto espontâneo e identificar quaisquer necessidades de suporte, com foco naqueles em ambientes de alta renda. Embora os indivíduos tenham descrito essas experiências de maneira diferente, em geral elas foram caracterizadas por percepções de marginalização no contexto de aborto espontâneo.

Ainda de acordo com Williams *et al.* (2020), alguns homens esperavam de si mesmos, e eram esperados por outros, que não fossem afetados pela perda: ainda assim, eles relataram sentimentos, incertezas e desejo de apoio além de qualquer coisa que eles teriam previsto. Muitos sugeriram que as expectativas sociais e os relacionamentos com outras pessoas, incluindo profissionais de saúde, os impediam de articular e abordar emoções desconhecidas, incertezas e quaisquer requisitos de suporte.

O mero ato de investigar a natimortalidade ou aborto de forma adequada, informar os procedimentos e etapas do cuidado, o que vai acontecer e como essa família deseja lidar com o ritual de despedida daquele filho e membro da família será um sinal de avanço para a sociedade de que não devemos culpar as mulheres, família ou equipes. É importante trabalhar com todas as partes interessadas, clínicos e políticos para programar melhorias no atendimento e manejo alcançar todas as famílias.

CONCLUSÃO

Orientar, investigar e respeitar é essencial para melhoria da qualidade do atendimento prestado as famílias enlutadas para que esse momento doloroso não se torne ainda mais traumático por conta da assistência recebida ainda na maternidade. Este momento sem dúvidas estará presente na vida desses familiares, assim, a dor do luto e o respeito pelo ritual de despedida que a família deseja devem ser pautados na humanização.

Este estudo se faz relevante, diante da escassez de artigos com essa abordagem na literatura brasileira, pois os artigos inclusos nesta revisão, embora 50% tenham níveis de evidências relevantes, nenhum tem produção em território nacional. Com isso, nota-se que a necessidade de desenvolver estudos de alto impacto com essa abordagem, visto que podem revelar como os profissionais se percebem diante das práticas em saúde ou como sua atuação é percebida pela família durante sua assistência, bem como clarificar os princípios, métodos e além de aumentar o poder dos achados. Pretende-se que os resultados da presente revisão contribuam para construção do conhecimento da prática profissional, mas que especialmente isto se traduza em melhoria dos cuidados, bem como estimular aos profissionais de saúde a se tornarem consumidores de resultados de pesquisa e especialmente serem produtores de pesquisas que possam ser utilizadas na prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CANON, M. & BUITRAGO-GOMEZ, Q. La pregunta de investigación en la práctica clínica: guía para formularla. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, v. 47, p. 193, 2018.
- GALVÃO, M.C.B. & RICARTE, I.L.M. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. *Logeion: Filosofia da Informação*, v. 6, p. 57, 2019.
- MENDES, K.D.S.; *et al.* Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 28, e20170204, 2019.
- MONTERO S.M.P, *et al.* A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, 2011.
- PEREIRA, M.U.L, *et al.* Comunicação Da Notícia De Morte E Suporte Ao Luto De Mulheres Que Perderam Filhos Recém-Nascidos. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 36, p. 422, 2018.
- PINHEIRO, E.M. *et al.* Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 30, p. 77, 2009.
- POLIT, D.F. & BECK, C.T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- SANDOVAL, S.Á. *et al.* Muerte y morir en el hospital: una mirada social, espiritual y ética de los estudiantes. *Escola Anna Nery*, v. 24, e20190287, 2020.
- SHAKESPEARE, C. *et al.* Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-summary. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, v. 126, p. 12, 2019.
- WILLIAMS, H.M. *et al.* Men and miscarriage: a systematic review and thematic synthesis. *Qualitative health research*, v. 30, p. 133, 2020.

101

DISCUSSÃO SOBRE ABORTO PROVOCADO E RELAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação São Francisco, Pedreiras, MA.

² Acadêmico do curso de graduação em Farmácia da Faculdade Anhanguera de Valparaíso de Goiás.

³ Cirurgião-dentista. Especialista em Saúde da Pessoa Idosa. Docente na Faculdade de Educação São Francisco, Pedreiras, MA.

⁴ Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem, Faculdade de Educação São Francisco, Pedreiras, MA.

⁵ Cirurgião-dentista graduado pelo UniCeuma. Especialista em Ortodontia pela ABO- São Luis. Especialista em Saúde da Família pela UNASUS-UFMA. Especialista em Saúde da Pessoa Idosa pela UNASUS-UFMA

AUTORES

ERICA DA SILVA FELIX¹

TAGLA MARIA QUADRO CUNHA¹

FERNANDA RODRIGUES DE SÁ¹

FRANCISCA BARBARA DO NASCIMENTO XAVIER¹

HELLEN RUTH SILVA DE MOURA CRUZ¹

JAIRO DE SOUSA MORAES¹

RODRIGO HUMBERTO SAMUEL OLIVEIRA SILVA¹

ISABELA EMANUELA CANTANHEDE DA CRUZ¹

FLAVIA QUEIROZ DE MORAIS¹

ANABELA ALMEIDA COSTA¹

ARYELLE BRASIL DE OLIVEIRA¹

CLEIDIANA GOMES ANDRADE MIRANDA¹

CAMILA MARIA DE BRITO¹

VANESSA DA SILVA VERAS¹

JOSÉ LUÍS SILVA DE BRITO²

JULIANA MARIA SILVA BRANDÃO RIBEIRO³

ARIANE LUZ CARVALHO⁴

FELIPE DOS SANTOS RIBEIRO⁵

Palavras-chave: Aborto provocado; Enfermagem; Morbidade.

INTRODUÇÃO

O aborto no Brasil é mais prevalente em mulheres negras, estudantes, sem cônjuge, de baixa renda e baixa escolaridade. Levando em consideração a criminalização do aborto no Brasil, há uma subnotificação dos dados de abortos induzidos devido às relações éticas, morais e religiosas envolvendo conflitos acerca da ilegalidade do aborto, o que ocasiona omissão dos verdadeiros fatos, pois tais mulheres ficam com receio em assumir que provocaram um aborto e serem denunciadas ou julgadas e por isso alegam ter sofrido um aborto espontâneo, trazendo como consequência a redução de notificações (MENEZES *et al.*, 2020).

Dessa forma, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018) afirma que cerca de 830 mulheres morrem todos os dias, de causas que poderiam ser evitadas, referente à gestação e ao parto no mundo, estando incluso nessa estatística o aborto induzido e a taxa de mortalidade materna, que é importante porque reflete a qualidade de vida de uma região, especialmente os cuidados prestados a assistência à saúde da população feminina. O número de casos da morbidade materna grave em decorrência do aborto é maior que o número de morte materna e, além disso, a mulher que sobrevive é capaz de fornecer informações sobre as dificuldades que enfrentou e as repercussões desse evento em longo prazo, como disfunção sexual, depressão pós-parto e transtorno de estresse pós-traumático, que podem persistir por longos períodos de tempo, afetando a qualidade de vida destas mulheres e resultando em efeitos adversos para elas e seus filhos. Considerando que esse tipo de aborto no Brasil é crime, o índice de morbimortalidade decorrente do aborto inseguro é subnotificado, sendo mais difícil ter proporção da real estimativa (VIANA *et al.*, 2011).

O enfermeiro tem um papel primordial no contato com essas mulheres, pois estes profissionais são capazes de criar um vínculo com as mesmas, facilitando a hospitalização mais humanizada, cabendo-lhe ofertar sempre uma intervenção de enfermagem ética, legal e humanizada, uma vez que é essencial que os enfermeiros usem disso para prestar uma assistência de qualidade as mulheres em situação de abortamento ou pós-aborto, conhecendo sempre suas alterações físicas, emocionais e evitando julgamentos, cumprindo a ética e o sigilo profissional, sem diminuir a situação difícil que estas mulheres estão passando (NINA, 2017).

Assim, é inegável a necessidade de informações mais esclarecedoras à comunidade sobre essa temática, visto que ampliará o conhecimento da população a respeito do aborto induzido, sobre a dimensão da morbimortalidade materna decorrente dessa prática e as suas consequências para a saúde da mulher, bem como a necessidade de estratégias preventivas e terapêuticas voltadas para tal situação.

Deste modo, o objetivo deste estudo é discorrer sobre os aspectos envolvendo o aborto provocado e a relação da profissão de enfermagem no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa, que foi elaborada seguindo as seis etapas do processo de revisão integrativa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BOTELHO *et al.*, 2011).

Para a condução da pesquisa houve uma triagem independente das análises do estudo que foram realizadas por duas pesquisadoras em ambientes separados e, ao final das buscas, houve uma comparação e análise dos estudos para certificar se entrariam ou não nos critérios de inclusão e exclusão em conformidade ao objetivo proposto.

Foram abordados como critério de inclusão: pesquisas publicadas nos anos de 2010 a 2020, que tivessem texto completo disponível, apresentassem nos resumos indicativos referentes à morbidade e mortalidade materna de mulheres decorrentes de aborto criminoso, provocado ou induzido, que abordassem aborto criminal, descrevessem morbimortalidade materna por aborto criminal/induzido/provocado, e que fossem referentes ao Brasil. Como critério de exclusão: foram rejeitadas as pesquisas que tratavam apenas sobre aborto espontâneo, aborto acidental, aborto

frequente, aborto tubário e ameaça de aborto, além dos estudos que não descreveram a morbidade e mortalidade das mulheres por aborto provocado e que não abordaram o tema aborto, além dos textos completos que se encontravam indisponíveis ou referentes a outros países.

A pesquisa deu início pela busca dos artigos, sendo realizada pela internet, através de bases de dados como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), National Library of Medicine (PubMed) e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). Procedeu-se a categorização dos estudos selecionados para uma melhor compreensão da temática através das análises críticas, do caminho metodológico e dos resultados obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classificações quanto aos tipos de abortamento e aborto

Figueiredo *et al.* (2019) relatam que as causas clínicas do processo de abortamento podem ser classificadas em: ameaça de aborto, abortamento incompleto ou inevitável, abortamento completo, abortamento retido, abortamento habitual e abortamento infectado.

A ameaça de abortamento ocorre quando há um pequeno sangramento genital com a possibilidade de ter um aborto, este pode ser sem dor ou com uma dor discreta, como cólicas, não tendo eliminação de tecido fetal, o volume do útero se encontra adequado a idade gestacional e a mulher não apresenta sinais de infecção. Já o abortamento incompleto ou inevitável constitui-se na eliminação de partes do feto, nesse caso, as dores são de maior intensidade, sangramentos inconstantes, o restante do feto que se encontra no útero é o que causa os sintomas e torna-se propício a infecções (BRASIL, 2005).

O abortamento completo acontece normalmente em torno da oitava semana de gestação com a expulsão do feto, ocorrendo sangramentos e dor, que reduzem logo após o processo do aborto. No caso do aborto retido, há ausência dos sinais e sintomas da gravidez, e nesses casos o embrião/feto encontra-se sem sinais de vida. O abortamento habitual ocorre quando a mulher retrata três ou mais abortos espontâneos subsequentes antes da vigésima segunda semana de gestação, sendo o primário quando não conseguiu completar nenhuma gestação, e secundário quando a gestante teve uma gravidez completa. Já o abortamento infectado comumente está associado a interrupções da gestação sem técnicas apropriadas (BRASIL, 2011).

Morais (2008) classifica o aborto em natural, acidental, criminoso (ilegal), permitido (ou legal), aborto econômico-social (ou miserável) e aborto honoris. O aborto natural ocorre de forma involuntária, ou seja, há uma interrupção espontânea da gravidez; o aborto acidental ocorre como consequência de quedas ou traumas, ambos os tipos não são considerados criminosos; já o aborto criminoso é aquele realizado de forma ilegal, sendo vedado pelo ordenamento jurídico, e o aborto legal é subdividido em: terapêutico ou necessário, realizado quando oferece risco de vida para a gestante, e eugenésico ou eugênico, que é utilizado para interromper a gravidez em caso de vida extrauterina inviável. O aborto miserável ou econômico social é aquele praticado por motivo da prole numerosa e devido as dificuldades financeiras e, por fim, o aborto honoris que é praticado, por exemplo, para proteger uma gravidez fruto do adultério ou por designios morais.

Tem-se ainda a definição do autoaborto, sendo praticado pela própria mulher por sua livre e espontânea vontade através de manobras e meios abortivos, como chás, medicamentos ou objetos.

O tipo de aborto tratado nesse estudo é chamado de aborto provocado, induzido, voluntário, ilegal ou inseguro em que há a interrupção da gravidez de maneira voluntária, ou seja, consentida pela mulher, com a finalidade de impedir de forma prematura o desenvolvimento vital do embrião ou feto. Com o intuito de reduzir os números de complicações pelo aborto inseguro foi adaptada uma nova classificação: aborto muito inseguro, causando severas complicações ou óbitos; aborto inseguro, causando danos leves ou moderados; aborto potencialmente inseguro, não resulta em complicações, mas é realizado por pessoas sem habilidade; aborto seguro com outros riscos, quando é realizado por pessoas habilitadas, mas de forma ilegal e, por fim, aborto seguro, praticado por pessoas habilitada de forma legal, sem danos à saúde (LIMA, 2018).

A concepção da vida e os aspectos multifatoriais do aborto

A questão de como se inicia a vida humana é um dilema que está presente na sociedade há muito tempo, pois se encontram diferentes opiniões acerca do assunto e várias controvérsias sobre o período que a mulher, ao realizar o aborto, está tirando a vida de outro ser (BARRETTO & LAUXEN, 2017).

Meiado & Queiroz (2016) citam três teorias do início da vida: Teoria da Fecundação, Teoria do Desenvolvimento do Sistema Nervoso e Teoria do Desenvolvimento do Sistema Respiratório.

A Teoria da Fecundação ou Teoria Concepcionista defende que o início da vida ocorre no momento da concepção, ou seja, no período em que o espermatozoide penetra o ovócito secundário e forma o zigoto. Neste momento, a vida humana já se faz presente, pois há o surgimento de um ser com características únicas e com sua própria carga genética originados da união de um gameta masculino e um gameta feminino (MATOS, 2016).

Já a Teoria do Desenvolvimento do Sistema Nervoso parte do princípio de que a morte ocorre quando as atividades cerebrais cessam e, com isso, acredita-se que a vida só tem início quando já existem as atividades cerebrais, ou seja, a datar do desenvolvimento do sistema nervoso do embrião, que vem a ocorrer mais ou menos 14 dias após a fecundação, quando se forma a placa neural (COSTA & GIOLO JÚNIOR, 2015). Outra teoria é a Teoria do Desenvolvimento do Sistema Respiratório, em que o início da vida ocorre em conformidade com a formação do sistema respiratório, ou seja, com o desenvolvimento dos pulmões, pois é a contar desse período que ele se torna capaz de viver fora do útero, sendo considerado ser vivo (MIGUEL & DOTTA, 2017).

Além das teorias de concepção da vida, existem aspectos multifatoriais sobre o aborto, tal como a visão religiosa, em que há divergência de pensamentos a depender da religião, já que alguns defendem a Teoria da Fecundação e outras já discordam, se identificando com outras teorias. Leal *et al.* (2018) afirmam que as religiões têm uma forte influência sobre as pessoas, e isso pesa muito na hora das decisões, por isso se torna importante para muitos saber o ponto de vista da religião sobre o assunto. O pensamento religioso se introduz dentro do âmbito jurídico e médico, buscando sempre colocar a ética e a moral em debates acadêmicos, tentando impedir a descriminalização do aborto.

O aborto é um dos temas mais discutidos ao longo dos tempos, inclusive por ser um tema complexo de aspectos multifatoriais, já que é motivo de embate em várias áreas de conhecimento, e que além de envolver aspectos religiosos, sociais, culturais, morais, éticos, psicológicos e econômicos, ainda traz grandes riscos, podendo causar danos à saúde da mulher, de modo a configurar-se como um problema público. Estimativas mostram que até o fim da vida reprodutiva,

mais de um quinto de mulheres praticaram aborto no Brasil, ressaltando que o ato se configura como crime no país, exceto os casos que são previstos no Código Penal (SANTOS & SILVEIRA, 2017).

Além da visão da religião sobre o aborto, é importante ressaltar ainda, o ponto de vista das feministas frente a reprodução humana. Elas sempre lutaram pela liberdade sexual e reprodutiva das mulheres, bem como pela legalização do aborto. Para elas, a Constituição Federal deve proteger a ideia de que o direito à vida só existe “a partir do nascimento”, pois não concordam com o pensamento de que há vida desde a concepção, dessa forma, o aborto poderia ser realizado. Para as feministas, a opção de gerar um feto é delas, já que essa questão envolve o seu próprio corpo, fazendo com que tenham autonomia sobre ele (CARLOTO & DAMIÃO, 2018).

Segundo Maranhão *et al.* (2016) um dos fatores que influenciam as mulheres a optarem pelo aborto é o aspecto econômico. A condição financeira desfavorável dificulta o acesso à informação e aos métodos contraceptivos eficazes, capazes de evitar gravidez indesejada. Assim, aborto é uma forma de escape estratégica para o planejamento familiar de muitas mulheres que não possuem recursos financeiros para criar um filho. Vale ressaltar que, esse procedimento na maioria das vezes é realizado de forma insegura, contribuindo para o aumento das estatísticas de morbimortalidade materna. Os autores destacam ainda que adolescentes de baixa renda tendem a manter a gestação para ter mais respeito na sociedade, diminuindo a número de aborto induzido nessa faixa e aumentando em adultas jovens.

Tratando-se do aspecto moral, o aborto vem sendo a mais importante questão, estando a frente de outros assuntos de politização de problemas morais. No mundo são encontrados grupos que vem discutindo opiniões acerca do aborto, que geram um conflito de interesse entre a gestante e o feto, e entre o direito a vida e o direito de escolha. A defesa pró-escolha defende a liberdade das mulheres em possuir autonomia sobre o próprio corpo, buscando defender suas respectivas decisões, enquanto que, os pró-vida alegam que o embrião/feto detém os direitos a vida e que não podem ser transgredidos para satisfazer os desejos da mulher. Assim, a moral pode ser entendida como as razões que justificam uma escolha diante de alguma circunstância (AMES *et al.*, 2018).

Quanto ao aspecto social, a população e o meio em que vivem estão sempre em constantes mudanças, sendo compreensível que os valores e preceitos presentes na humanidade também sofram modificações. Neste contexto, está o abortamento, que gera polêmicas na sociedade e diversas discussões sobre suas complicações. O tema torna-se ainda mais polêmico ao trazer à tona indagações de que não existem diferenças entre aborto seguro e inseguro, já que ambos oferecem os mesmos riscos para as mulheres, divergindo apenas quanto ao meio em que o ato será realizado, já que as mulheres que têm melhores condições financeiras buscam atendimento especializado. Cabe ainda ressaltar que os aspectos religiosos, morais e jurídicos interferem no aborto, uma vez que cada âmbito tem seu posicionamento e este influencia diretamente a população e sua cultura, causando divisões de pensamentos (BUENO & ESPINDOLA, 2018).

Morbimortalidade materna por aborto provocado

A morbidade materna pode ser definida como condição ameaçadora ou condição potencialmente ameaçadora à vida, incluindo doenças que ameaçam a vida das mulheres durante a gestação, o parto e pós-parto, as principais complicações são: pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, hemorragia, sepse e infecção sistêmica grave. Entretanto, quando uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave durante a gravidez ou parto, o termo utilizado é *near miss*.

São estas as complicações referentes a esta morbidade: disfunção cardiovascular, disfunção respiratória, disfunção renal e disfunção hematológica/da coagulação. Essas morbidades podem desencadear na morte de mulheres, sendo classificada como mortalidade materna, acontecendo durante o período de gestação e até 42 dias após o parto, estando relacionado a qualquer causa da gravidez, menos nos casos de acidentes (OMS, 2011).

No aborto ilegal há dois cenários de desigualdade: mulheres que podem arcar financeiramente pelo procedimento de forma segura e rápida e, aquelas que, por não terem uma renda, recorrem aos métodos inseguros e precários, sendo expostas as complicações a saúde reprodutiva, por isso, boa parcela das internações maternas são decorrentes do aborto, tendo como principais consequências hemorragias, além das queixas por causa do atraso menstrual, dores ou sangramentos, infecções e óbitos. Nesses casos, é possível que o abortamento não seja completo, sendo necessário esvaziar o útero, através de abortamentos farmacológicos, aspiração intrauterina e/ou curetagem, como o objetivo de evitar complicações mais graves (ADESSE *et al.*, 2015).

Assim, o aborto expõe a mulher a complicações e riscos severos e estes variam de acordo com as circunstâncias nas quais é feito o aborto, tendo menos complicações aquelas que praticam de forma segura e com mais qualidade, e sofrendo maiores consequências aquelas que realizam de forma insalubre, mostrando elevado impacto de morbidade e internações devido ao aborto induzido, bem como, impactos na área psicológica de mulheres que convivem em relações familiares e amorosas conflituosas, desencadeando transtornos afetivos e levando-as a optar pelo aborto. Em contrapartida, podem-se observar também as mulheres que, compreendendo a responsabilidade de educar um filho decidem, sem culpa e arrependimento, futuramente, por abortar (TEIXEIRA & GUIMARÃES, 2012).

A assistência e o cuidado da Enfermagem às mulheres em situação de aborto

A Enfermagem é uma das profissões mais importantes no âmbito da saúde para estruturação de uma assistência mais qualificada, pois o profissional enfermeiro atua em vários âmbitos, prestando assistência na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, buscando sempre o bem-estar da população. É o profissional que está presente em várias áreas de atuação e em todas as fases da vida humana: nascer, crescer, se desenvolver, do morrer até o luto, ofertando apoio e cuidado (SOUSA *et al.*, 2020).

Ainda existe um grande preconceito na assistência prestada a mulher que pratica o ato abortivo, estas recebem um atendimento desumanizado desde o primeiro instante que adentram numa unidade de saúde. Existe uma recusa muito grande entre os profissionais em prestar assistência e cuidados a esse público, em vista disso, o enfermeiro tem o papel importante em assumir o controle e fazer com que essas mulheres recebam um atendimento humanizado e com respeito, evitando preconceitos e julgamentos, pois é papel da equipe educar e orientar essas mulheres (NINA, 2017).

Silva (2017) afirma que é importante que o enfermeiro preste o atendimento necessário a cliente, mesmo que não compactue com o ato, pois esse profissional deve praticar da humanidade para ouvir e acolher essas mulheres, podendo então explicar mais para estas sobre a realidade do ato abortivo, sobre suas consequências e danos, deixando de lado seu pensamento pessoal e optando apenas para o lado profissional, criando assim um vínculo com a paciente, porque, do contrário, o profissional estará reduzindo a liberdade e os direitos da paciente e ferindo os princípios do Código de Ética.

De acordo com o estudo de Pitilin *et al.* (2016), a prática de educação em saúde feita pelos enfermeiros durante o período de internação das mulheres prevenirá a ocorrência de abortos recorrentes. É no momento de internação que se tornam necessários orientações e conselhos, a fim de ajudar no planejamento familiar e prevenir mais atos abortivos. O enfermeiro detém de conhecimento necessário para realização dessa ferramenta de ajudar a mulher nessa situação, mas é de fundamental importância que haja respeito sobre a opção da mesma, além de uma escuta qualificada sobre os motivos que a levaram a tal prática, possibilitando um entendimento do profissional sobre a situação.

É importante entender a situação que a mulher está perante sua opção de realizar o aborto e é papel do enfermeiro, como condutor da assistência prestada, tanto na atenção básica, quanto no hospital, ser responsável por um acolhimento livre de julgamentos, que possivelmente influenciam na qualidade do cuidado prestado, dessa forma, para que não haja um mal atendimento dos profissionais voltada para essas mulheres é importante seguir o protocolo de assistência de enfermagem que contém três etapas: a primeira etapa, sendo o acolhimento de enfermagem; a segunda, assistência de enfermagem; e a terceira, a assistência da enfermagem no cuidado ambulatorial, conforme as normas nacionais e internacionais de Enfermagem (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Santos (2016) ainda afirma a atuação desse profissional em casos de aborto provocado, o que em grande parte é feito de forma técnica, ou seja, sem humanização, causando um descumprimento das diretrizes do código de ética de Enfermagem, pois há um impasse desses em adotarem uma política não julgatória no decorrer de suas atividades diárias, criando um desequilíbrio entre o que é correto praticar e o que realmente se pratica graças a seus valores éticos, morais e religiosos colaborando para uma assistência totalmente precária. É indispensável um foco no desenvolvimento de intervenções na prática assistencial que melhorem o efeito final a respeito da promoção de saúde das mulheres e seus direitos reprodutivos, assim como, o conhecimento dos princípios que conduz sua profissão.

Tanto o Ministério da Saúde, quanto o Código de Ética da Enfermagem explicam que o enfermeiro deve atuar de forma neutra e sem expressar sua opinião pessoal, tentando compreender sempre o cliente e tratando-lhe com respeito, mas que também é direito do profissional se negar a participar de um procedimento abortivo. Porém este tem a obrigação de encaminhar a mulher a outro profissional que realizará a assistência, fazendo com que esta receba todos os devidos cuidados, isto visando os casos de aborto permitidos em lei (STREFLING *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

A mortalidade materna requer um levantamento das questões emergentes que assombram esse público, com investimento nos atendimentos e assistência dos serviços de saúde voltados para essas mulheres, com o objetivo de mudar o contexto atual de complicações e óbitos maternos por abortamentos inseguros.

Ressalta-se também que as mulheres com morbidade materna decorrente do aborto continuam no grupo que apresenta maior susceptibilidade de *near miss* materno, que podem levar ao óbito. O índice de mortalidade materna vem aumentando em decorrência de abortos realizados em locais inseguros e pelo fato de as mulheres buscarem assistência profissional tardiamente, ou mesmo não buscarem, por medo dos profissionais denunciarem ou julgarem sua decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADESSE, L. *et al.* Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 694, 2015.

AMES, M.C.F.D.C *et al.* Dinâmicas da agenda política de aborto no senado federal no período de 1988 a maio de 2018. CIDESP - CONGRESSO INTERNACIONAL DE DESEMPENHO DO SETOR PÚBLICO, Brasil, ago. 2018. Disponível em: <<http://www.cidesp.com.br/index.php/lcidesp/2cidesp/paper/view/561/183>>. Acesso em: 19 mai. 2020.

BARRETTO, V.P. & LAUXEN, E.C.U. O marco inicial da vida humana: perspectivas ético-jurídicas no contexto dos avanços biotecnológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, e00071816, 2017.

BOTELHO, L.L.R. *et al.* O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, p. 121, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – 1. Ed. – Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 04 de março de 2020.

BUENO, A.J.A. & ESPINDOLA, D.S. As concepções sobre o aborto por acadêmicos de um curso de licenciatura em ciências. *Itinerarius Reflectionis: Revista eletrônica graduação/ pós-graduação em educação UFG/REJ*, v. 14, p. 1, 2018.

CARLOTO, C.M & DAMIAO, N.A. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, p. 306, 2018.

COSTA, R.M. & GIOLO JUNIOR, C. Teorias jurídicas acerca do início da vida humana. *Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca*, v. 10, p. 299 2015.

FIGUEIREDO, C.A.R. *et al.* Assistência de enfermagem à mulher em processo de abortamento. 2019. 20 f. Tese de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2019.

LEAL, M.M. *et al.* Início da vida: uma visão multidisciplinar pautada na bioética. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 29, p. 191, 2018.

LIMA, K.J. Internações por abortamentos (provocados) e fatores associados. 2018. 125 f. Monografia (especialização) - curso de mestrado, centro de ciências da saúde programa de pós-graduação em saúde coletiva mestrado acadêmico em saúde coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará. Disponível em: <http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/katherine%20jeronimo%20lima.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2020.

MARANHÃO, T.A. *et al.* Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, p. 494, 2016.

MATOS, P.B. Direito à vida do nascituro na fase intrauterina. *Boletim Científico, ESMPU, Brasília*, a. 15 – p. 83, 2016.

MEIADO, G.P. & QUEIROZ, M.C. O início da vida: uma análise sobre a teoria adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro. *Revista Científica Unissalesiano*. 2016. Disponível em: <http://www.salesianolins.br/universitaria/artigos/no15/artigo2.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2020.

MENEZES, G.M.S. *et al.* Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, e00197918, 2020.

MIGUEL, A.L. & DOTTA, A.G. O aborto e o direito da mulher ao próprio corpo. Cadernos da Escola de Direito e Relações Internacionais (unibrasil), Curitiba-PR, v. 27, p. 53, 2017.

MORAIS, L.R. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. Senatus, v. 6, p. 50, 2008.

NINA, B.C. A atuação da equipe de enfermagem frente à mulher em processo de abortamento em uma maternidade pública de Roraima. 2017. 53 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharelado em Enfermagem, Centro de Ciências Da Saúde, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, Roraima, 2017.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação. A abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. 2011. Disponível em: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=407-avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss-2&Itemid=219&lang=es. Acesso em: 19 jun. 2020.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa - Mortalidade materna. Brasil, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 28 maio 2020.

PITILIN, E.B. *et al.* Cuidados de enfermagem en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura. Enfermería global, v. 15, p. 439, 2016.

RODRIGUES, W.F.G. *et al.* Abortamento: protocolo de assistência de enfermagem: relato de experiência. Revista de Enfermagem UFPE, v. 11, p. 3171, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110224>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SANTOS, C.S. & SILVEIRA, L.M.C. Percepções de Mulheres que Vivenciaram o Aborto sobre Autonomia do Corpo Feminino. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37, p. 304, 2017.

SANTOS, L.A.C. O processo de aborto na vida das mulheres sob a visão do enfermeiro. Trabalho de Conclusão (Bacharel em Enfermagem) - Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. 48p. 2016. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1350/1/Lidia%20Ana%20Correia%20dos%20Santos.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SILVA, J.A. Serviço social presente: A luta pela descriminalização e legalização do aborto no Brasil: VIII jornada internacional políticas. VIII Jornada Internacional Políticas. 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo3/servicosocialpresentealutapeladescriminalizacaoelegalizacaodoabortonobrasil.pdf>. Acesso em: 19 maio 2020.

SOUSA, B.V.N. *et al.* Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde. J. Journal of Nursing and Health. v. 10, e20102001, 2020.

STREFLING, I.S.S. *et al.* Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5, p. 169, 2015.

TEIXEIRA, L.B. & GUIMARÃES, J.P. abortamento inseguro no brasil: magnitude do problema, atendimento emergencial e uso de contracepção de emergência. Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 1, p. 95, 2012.

VIANA, R.C. *et al.* Mortalidade materna - uma abordagem atualizada. maternal mortality - an update approach. Comunicação em Ciências da Saúde, v. 22, p. 141, 2011.

102

EPIDEMIOLOGIA DA MAMOGRAFIA, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E INDICAÇÃO CLÍNICA

FILIAÇÃO

¹ Discente de Medicina, Universidade de Rio Verde, Goianésia/GO

² Discente de Medicina, Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC, Itumbiara, GO.

³ Docente de Medicina, Universidade de Rio Verde, Goianésia/GO

AUTORES

TAYNARA BORGES MACHADO¹

GISELE BORGES MACHADO²

ANDRESSA GOMES AMARAL¹

LUIZ EDUARDO FERREIRA SANTOS¹

MÔNICA LIMA DE PAULA¹

MARIA EDUARDA DA SILVA BORGES¹

MATHEUS NERES BATISTA¹

EVILANNA LIMA ARRUDA³

Palavras-chave: Epidemiologia; Mamografia; Câncer.

INTRODUÇÃO

O câncer é conceituado como um grupo de doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado e anormal de células, cuja etiologia pode ser exógena, como tabaco, produtos químicos e radiações, ou endógena, como alterações genéticas, hormonais e imunitárias. Em suma, a atuação destes fatores de forma conjunta ou sequencial, pode iniciar o promover a carcinogênese (SILVA *et al.*, 2013).

Trata-se de um problema de saúde pública mundial, não só pelo aumento de sua prevalência, mas também pelo grande volume de dinheiro investido em ações em diferentes níveis, como promoção da saúde, detecção precoce, atendimento, monitoramento, capacitação de recursos humanos e unificação. Pesquisa e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (GOTZSCHE, 2013).

O câncer de mama (CM) consiste em uma série de doenças com múltiplas manifestações clínicas, múltiplas variações genéticas e morfológicas e, portanto, múltiplos métodos de tratamento. Após o diagnóstico e tratamento precoces, a morbidade e mortalidade serão reduzidas. Ele pode ser o tumor mais preocupante para as mulheres, pois sua ocorrência pode causar enormes impactos psicológicos, funcionais e sociais, além de afetar negativamente problemas relacionados à autoimagem e sexualidade (MARTINS *et al.*, 2013; INCA, 2008).

Diante da magnitude do CM e da importância da detecção precoce, cabe aos profissionais de saúde inserir nos programas de ações preventivas, de forma sistematizada, o rastreamento da neoplasia mamária com foco na busca ativa entre a população-alvo (OHL *et al.*, 2016).

Nesse contexto, no intuito de contribuir na abordagem transversal para o controle do CM através da mamografia nessa população, este estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico de mulheres de acordo com a faixa etária nos casos de câncer de mama no Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, com delineamento de tendência temporal. Os dados foram fundamentados através da coleta de dados secundários, referente aos exames de mamografia segundo faixa etária, entre 40 até mais de 79 anos e indicações clínicas, no estado de Goiás no período de 2016 a 2020.

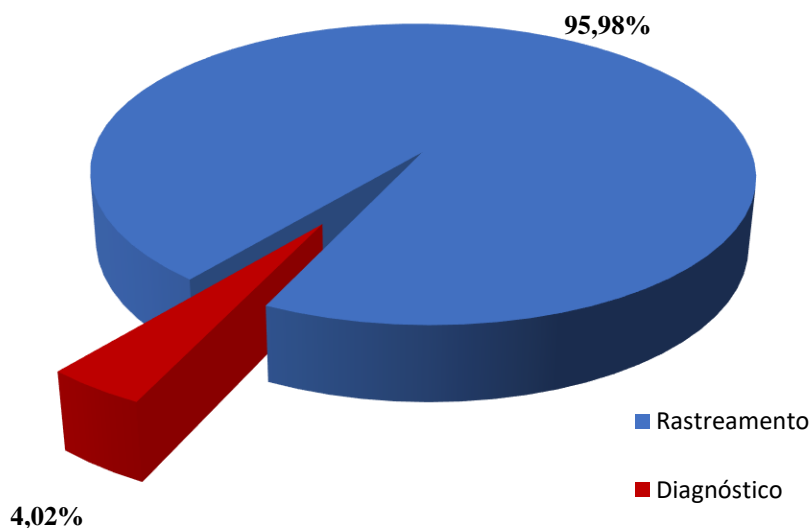
Os dados foram coletados a partir do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), por meio do DATASUS, atualizado no dia 10 de outubro de 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No levantamento sobre a realização de exames de mamografia, foram notificadas 351.223 radiografias em pessoas do sexo feminino, acima de 40 anos, no período de 2016 a 2020.

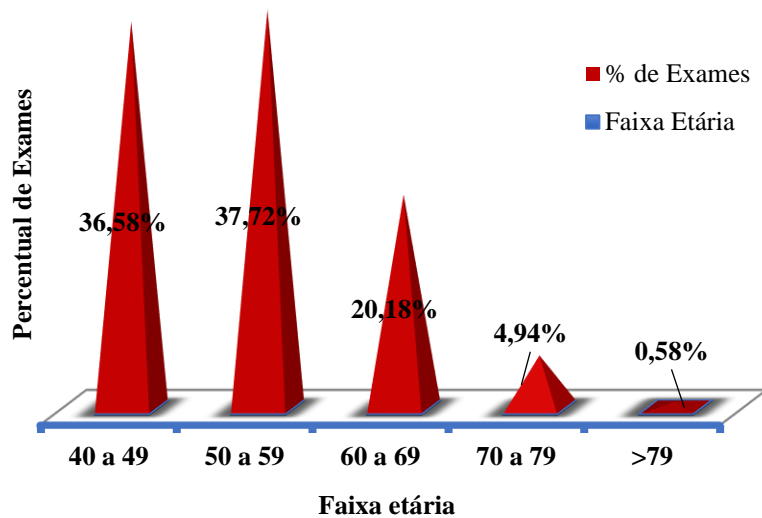
Analisando a indicação clínica para o exame, identificou-se que a maioria foi realizado com fins de rastreamento, compreendendo um total de 337.104, enquanto somente 14.119 teve indicação clínica de diagnóstico (Gráfico 1).

Gráfico 1. Indicação Clínica do Exame



Quanto à faixa etária da população, observou-se que o maior número são mulheres entre 50 e 59 anos, com 132.481 exames realizados no período, seguidos por aquelas entre 40 e 49 anos, com 128.484 exames, posteriormente pela faixa etária de 60 a 69 anos, com 70.858 exames. Observou-se uma acentuada diminuição no número de mamografias em pacientes a partir dos 70 anos, com somente 17.350 entre 70 e 79 anos e 2.050 acima de 79 anos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Percentual de exames por faixa etária



Estatísticas de outros países

Segundo o *National Cancer Institute*, nos Estados Unidos, a taxa de novos casos de câncer de mama feminino foi de 128,5 por 100.000 mulheres por ano. A taxa de mortalidade foi de 20,1 por 100.000 mulheres por ano. Essas taxas são ajustadas por idade e baseadas em casos de 2013 a 2017 e mortes de 2014 a 2018. Em 2017, havia uma estimativa de 3.577.264 mulheres vivendo com câncer de mama feminino nos Estados Unidos. A taxa de mortalidade foi de 20,1 por 100.000 mulheres por ano com base em 2014–2018, ajustada por idade (Tabela 1).

Segundo o Huang *et al.* (2016), entre as mulheres em Xangai, um total de 53.885 casos de câncer de mama e 17.235 mortes específicas por câncer de mama foram documentados entre 1973 e 2012. No geral, a taxa de mortalidade padronizada por idade de câncer de mama aumentou em 141,2%, com a taxa de mortalidade padronizada por idade mais baixa (17,14/100.000) no primeiro período de cinco anos e a taxa de mortalidade padronizada por idade mais alta (41,33/100.000) no período de cinco anos mais recente (Tabela 1). O aumento na incidência foi observado ao longo da faixa etária, com o maior aumento na faixa etária de 40-49 (176,7%). Em comparação com a incidência, o aumento na taxa de mortalidade padronizada por idade foi muito menor (26,6%), com a taxa de mortalidade padronizada por idade mais baixa (7,12/100.000) de 1983 a 1987, e a taxa de mortalidade padronizada por idade mais alta (9,64 / 100.000) no período de cinco anos mais recente. O aumento da mortalidade diferiu por idade. O maior aumento foi observado em mulheres com mais de 80 anos (133,3%), seguido por aumentos moderados entre mulheres com idades entre 40-79. Notavelmente, a mortalidade diminuiu entre as mulheres de 30-39 anos em períodos sucessivos de tempo (-18,3%).

De acordo com as últimas estimativas da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) com base em dados disponíveis mundialmente para o ano de 2018, a Argentina apresenta uma taxa de incidência de 212 casos por 100.000 habitantes (considerando ambos os sexos e todos os tumores exceção de pele não melanoma). Na Argentina, de acordo com as estimativas de incidência do Observatório Global do Câncer da OMS, o câncer de mama é o maior em termos de

ocorrência em 2018: com um volume de mais de 21.000 casos por ano, representa 17% do total tumores malignos e quase um terço dos cânceres femininos. O câncer de maior incidência ocorre em mulheres é o câncer de mama, com uma taxa de 73 casos por 100.000 mulheres (Tabela 1).

Tabela 1. Taxa de incidência por 100.000 habitantes

Pais	Taxa de incidência por 100.000 habitantes	Ano - Período
China	7,12	1983 - 1987
Estados Unidos	20,1	2014–2018
Argentina	73,0	2018

CONCLUSÃO

Portanto, conclui-se neste capítulo que o câncer de mama possui etiologia multifatorial podendo ser ela de origem endógena ou exógena. Visto isso, observou-se que a incidência do câncer de mama é crescente em mulheres no Brasil, no estado de Goiás e nos demais países, como a China, Estados Unidos e Argentina. Dito isso, o presente estudo teve como objetivo elucidar o perfil epidemiológico e indicações clínicas da mamografia no estado de Goiás.

Dessa forma, é válido salientar que os resultados do presente estudo apontam que é necessário que as mulheres realizem a mamografia, uma vez que é o método preconizado pelo Ministério da Saúde o rastreamento bianual para o rastreamento, sendo este o mais eficaz para a detecção do câncer de mama. Identificou-se no referido estudo que a faixa etária que mais realizou a mamografia foi entre 50 a 59 anos, possuindo um total de 37,72%. Além disso, nota-se que há uma prevalência na indicação clínica da mamografia para o rastreamento, em comparação ao diagnóstico.

Sintetizando, é de suma importância a detecção precoce do câncer de mama, visto que, com esta a morbidade e mortalidade serão reduzidas. Sendo assim, infere-se que seja necessário a formulação de políticas públicas e promoções que possibilitem atenção e cuidado integral à saúde da mulher. Com isso, para um diagnóstico eficaz e tratamento adequado urge-se do rastreamento e diagnóstico, através da mamografia, assim, avaliando a faixa etária mais acometida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Estatística - Incidência | Argentina.gob.ar. Disponível em: <<https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

GOTZSCHE, Peter; JORGENSEN, Karsten Juhl. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2013, n. 6, 2013.

HOWLADER Nadia; FORJAZ Gonçalo; MOORADIAN Meghan J.; et al. The Effect of Advances in Lung-Cancer Treatment on Population Mortality. *New England Journal of Medicine*, v. 383, n. 7, p. 640–649, 2020.

HUANG Zarate.; WEN Wei; ZHENG Y; et al. Breast cancer incidence and mortality: Trends over 40 years among women in Shanghai, China. *Annals of Oncology*, v. 27, n. 6, p. 1129–1134, 2016.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/acoes-de-enfermagem-para-o-controle-do-cancer>>. Acesso em: 30 out. 2020.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Vista da Evolução da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Desafios para uma Política de Atenção Oncológica. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/499/297>>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MARTINS, Camilla Albuquerque; GUIMARÃES, Raphael Mendonça; SILVA, Rafael Leiróz Pereira Duarte; et al. Evolução da mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens: desafios para uma política de atenção oncológica. *Rev. bras. cancerol*, p. 341–349, 2013.

National cancer institute. Cancer Stat Facts: Female Breast Cancer. 2020. Disponível em <<https://seer.cancer.gov>> Acesso em: 04 nov de 2020.

OHL Isabela; OHL Rosali; CHAVAGLIA Suze; GOLDMAN Rosely. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 1–11, 2015.

Programa de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais. Disponível em: <<https://seer.cancer.gov/>>. Acesso em: 5 nov. 2020.

SILVA Nogueira, LEONARDO Patrick; RUAS Ramos, et al. The meaning of cancer: patient perception. *Revista de enfermagem UFPE* v. 7, n. 12, p. 6828–6833, 2013.

SISCAN - MAMOGRAFIA - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA - Goiás. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?siscan/mamografia_residGO.def>. Acesso em: 10 nov. 2020.

TabnetBD 1.0 - SISCAN - MAMOGRAFIA - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA - Goiás. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?siscan/mamografia_residGO.def>. Acesso em: 10 nov. 2020.

URBAN Linei; DELLÊ Brolini; CHALA, Luciano Fernandes; et al. Recomendações do colégio Brasileiro de radiologia e diagnóstico por imagem, da sociedade Brasileira de mastologia e da federação Brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama. *Radiologia Brasileira*, v. 50, n. 4, p. 244–249, 2017.

103

A QUESTÃO DO GÊNERO: SERÁ MESMO QUE AS MULHERES SÃO AS MAIS ATINGIDAS?

FILIAÇÃO

¹ Interna do curso de Medicina. Centro Universitário Serra dos Órgãos-Teresópolis, Rio de Janeiro.

AUTOR

THAIS CANAMAQUE PORTILHO LIMA¹

Palavras-chave: Depressão; Qualidade de vida; Sexo feminino.

INTRODUÇÃO

A depressão é a principal causa de incapacidade de todo mundo em 2020, sendo classificada em leve, moderada e depressão maior, quando atingida a este último patamar, o paciente tem pensamento recorrente a morte e ideação suicida. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade de 15 a 29 anos. Além disso, mais de 300 milhões de pessoas sofrem com esse transtorno, podendo impactar na vida interpessoal, social, profissional da vida do enfermo, com aptidão de repercutir por longos anos de sua vida. (Organização Pan Americana de Saúde, 2018).

A depressão é um transtorno de elevada prevalência e significativo sofrimento para os pacientes, tendo etiologia multifatorial, ou seja, diversas variáveis podem ser responsáveis por seu desenvolvimento e manutenção, bem como remissão (BAPTISTA *et al.*, 1999).

Suicídio é o ato intencional de matar a si mesmo. Pensar em suicídio é se entregar a uma busca incansável dos porquês. É refletir sobre quais sentimentos, faltas, lacunas ou mistérios que rondam a sua existência. Muitos questionamentos surgem, como por exemplo, por que as pessoas se matam, o que aconteceu com aquela pessoa para desistir de viver e se matar. Isto conseqüentemente nos leva a uma busca por respostas no sentido de aliviar o sofrimento e a sensação de indignação e inconformismo, por que alguém decidiu acabar com sua própria vida. A associação entre o autoextermínio e transtornos mentais é de mais de 90%, onde se encontra a Depressão Maior, transtornos bipolares do humor, abuso de álcool, esquizofrenia e transtornos de personalidade (BARBOSA *et al.*, 1999).

A ideia da autodestruição como um aparente desfecho para uma história de muito sofrimento, de um quadro depressivo, um ato de desespero ou insanidade, reacende uma discussão sobre a dificuldade que é a compreensão e a abordagem destas pessoas no desenrolar de suas tramas pessoais, além das dificuldades de detecção de sinais de desesperança, dos pedidos de ajuda, verbais e não verbais, comuns frente ao surgimento do desejo de morte e da própria ideação suicida. Lidar com a morte nos remete a nossa própria finitude, que atormenta e ameaça (BARBOSA *et al.*, 1999).

A falta de informação e esclarecimento sobre os riscos dos comportamentos autodestrutivos, por parte dos familiares e dos próprios profissionais de saúde, acarreta grande descompasso entre as necessidades daqueles que apresentam a ideação suicida e a tomada de conduta das pessoas de seu convívio, fator que ampliaria as possibilidades de se evitar o autocídio. Alterações de comportamento, isolamento social, ideias de autopunição, verbalizações de conteúdo pessimista ou de desistência da vida, e comportamentos de risco podem sinalizar um pedido de ajuda. O comportamento suicida está frequentemente associado com a impossibilidade do indivíduo de identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos, optando pela morte como resposta de fuga da situação estressante. Detectar e tratar adequadamente a depressão reduz as taxas de suicídio (BARBOSA *et al.*, 1999).

Ainda quanto à prevenção do suicídio, outro aspecto a ser discutido são os serviços de saúde e seus profissionais, que atendem pessoas por tentativa do mesmo, e que não costumam acompanhar estes pacientes pós-evento, negligenciando a importância vital do encaminhamento para serviços de atenção em saúde mental para tratamento e orientação dos familiares.

Cerca de 15 a 25% das pessoas que tentam suicídio, tentarão novamente no ano seguinte, e 10% efetivamente conseguem se suicidar nos próximos 10 anos (BOTEGA, 2002). Certamente falta capacitação técnica e profissional dos profissionais, pois a detecção de sinais e sintomas de depressão pode ser feita através de uma investigação mais cuidadosa do histórico daquela pessoa, inclusive com a adoção de instrumentos de rastreamento para depressão e risco suicida facilmente aplicável nas rotinas de avaliações em saúde, inclusive por enfermeiros. Diante deste panorama, onde o autoextermínio ainda é tratado como “tabu”, surge à necessidade de desmistificar o tema, levando em consideração o trauma que o mesmo acarreta ao meio social (BARBOSA *et al.*, 1999).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), estima-se que em 2020, aproximadamente 1,53 milhão de pessoas no mundo morrerão por suicídio. Um número dez a vinte vezes maior de pessoas tentará suicídio. Isso representa um caso de morte por suicídio a cada 20 segundos e uma tentativa do mesmo a cada 1 a 2 segundos.

A mortalidade em termos globais por autocídio aumentou em 60% nos últimos 45 anos, especialmente entre adultos jovens. Hoje o suicídio já ocupa a terceira causa de morte entre pessoas de 15 a 44 anos (SCHEFFER, M *et al* 2013). Ressalta-se que para cada caso de suicídio consumado existam entre 10 e 20 tentativas, o que reforça a tese da importância da detecção precoce dos riscos presentes nos casos dos deprimidos suicidas. Os dados oficiais relativos a tentativas de autoextermínio são mais falhos do que os de mortalidade pelo mesmo. As informações disponibilizadas pela OMS estão subestimadas, pois nem todos os países enviam seus dados de atualização.

Já no Brasil, 24 pessoas morrem diariamente por suicídio, sendo que esta informação acaba por não ser divulgada. Assim, o impacto é obscurecido pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito, que excedem, respectivamente, em 6 e 4 vezes, em média, o número de suicídios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A depressão é apontada nos dias de hoje como a quarta doença mais presente no mundo. Estima-se que a doença afete 121 milhões de pessoas, e menos de 25% dos deprimidos tem acesso ao tratamento. Calcula-se que 5 a 10% da população mundial sofrerão ao menos um episódio de depressão ao longo da vida. As mulheres apresentam chances maiores de deprimir (10 a 20%) do que os homens (5 a 12%). Cerca de 15% dos deprimidos graves se suicidam (OMS, 2002).

Em ambulatórios de Atenção Primária, a prevalência de depressão foi estimada em 5% a 10% de todos os pacientes. Estudos estabeleceram correlação entre estado depressivo e piora de quadros clínicos, tais como cardiopatias, diabetes, obesidade e problemas oncológicos, e ainda associação significativa entre depressão na maternidade, problemas no desenvolvimento infantil e piora no rendimento escolar, com implicações para o ambiente familiar (GONÇALVES *et al.*, 2018).

A ideia da depressão, incorporada ao senso-comum, revelou a plasticidade como o termo é utilizado. Extrapola a noção patológica definida pela biomedicina e possibilita abordar toda a negatividade da vida cotidiana. A mesma se expressa com a delinquência e o tráfico de drogas, com a agressividade doméstica e com as relações desiguais de gênero. A melhoria desse cotidiano é longínqua. Frente a tal impotência, o sofrimento cotidiano era ocultado por um profissional (o psiquiatra) socialmente aceito e que acabava legitimando tal sofrimento (MARTIN *et al.*, 2007).

Os critérios diagnósticos para os episódios depressivos são: Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (Sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (Parece choroso); acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias; perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias; insônia ou hipersonia quase diária; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento); fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias; pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (CODIOLI *et al.*, 2014).

É importante mencionar que esse transtorno é tratável, com psicoterapia e com a atuação de um especialista, a fim de administrar medicações. A prescrição de antidepressivos tem se mostrado altamente eficaz, as mulheres parecem responder melhor a sertralina, porém os efeitos benéficos só se iniciam em torno de quatro a oito semanas, além da psicoterapia que pode ser terapia cognitiva comportamental ou psicanálise (YUASA, 2012).

O objetivo deste estudo foi observar se realmente as mulheres eram mais atingidas do que os homens nos transtornos mentais, mais precisamente, na depressão, e buscar estudos que explicassem o motivo dessa desigualdade, pois isso é uma importante questão e com alto impacto na saúde da população mundial.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada utilizando as principais fontes de busca disponíveis, MEDLINE, PubMed e SciELO. Foram selecionados 11 artigos a partir do ano de 1999 até 2018. Para a pesquisa nas bases de dados foram utilizados os seguintes descritores: “Depressão”, “Qualidade de vida”, “Sexo feminino”, tanto em português como no idioma inglês. Para tal, foram utilizados critérios de inclusão baseados em combinações das palavras-chave com o intuito de especificar a pesquisa, já os critérios de exclusão foram os que não preenchiam critério de elegibilidade, cartas ou até mesmo comentários, além de pesquisas com resultados redundantes ou repetitivos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ainda não se sabe com certa precisão porquê as mulheres são mais atingidas do que os homens nos transtornos depressivos, são apenas estudos, analisando sempre as possíveis variáveis, sejam elas mudanças hormonais, neuroendócrinas, estruturais, funções cerebrais e reprodutivas, além das socioculturais e psicológicas, ou seja, efeito da socialização, baixo status social, regras diferenciadas entre os gêneros, eventos estressantes e vitimização (BAPTISTA *et al.*, 1999).

Foi feito um estudo transversal com mulheres de 20 a 59 anos, cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família, que utilizou o questionário, contendo variáveis sobre apoio social, autoavaliação do estado de saúde, estilo de vida e morbidade. O desfecho da depressão foi avaliado segundo o *Patients Health Questionnaire-9* (PHQ-9).

Das 1.958 mulheres incluídas nesta análise, 28,5% encontram-se na faixa etária entre 30 e 39 anos; 15,4% não concluíram o ensino elementar; 54,5% não trabalham ou nunca trabalharam; 44,2% declararam não ser da raça branca. Em relação aos fatores que contribuíram para a depressão nessa população estudada foram: baixa escolaridade, trabalhar atualmente, ter doença mental prévia. Já em relação aos fatores de proteção, foi observado: serem casadas ou viverem com parceiros, realizarem alguma atividade física regularmente que fosse do seu agrado e no que diz respeito ao questionário, tiveram uma autoavaliação da saúde positiva.

Logo, os resultados deste estudo revelam prevalência de depressão de 19,7% nas mulheres de 20 a 59 anos, de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, apontando para a necessidade de um cuidado especial na atenção primária à saúde às mulheres com baixa escolaridade, que trabalham, apresentam doença mental e não praticam exercícios físicos, visando derivar em benefícios consideráveis para a redução do sofrimento e promoção de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2018).

Os fatores de risco para desenvolver depressão são: idade, sexo e raça, que também se implicam entre renda e escolaridade. Em relação ao sexo, todas as pesquisas apontam que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que homens. A idade de começo dos transtornos depressivos situa-se entre 20 e 40 anos, apesar de que a depressão também pode ocorrer na infância e na adolescência, pois nessa época ocorre a formação de identidade, se descobre a sexualidade, a separação das mesmas dos pais e por conta desse momento, necessitam tomar decisões na sua vida sozinhas, além das alterações hormonais.

De forma similar ao sexo, também não há porque pensar que a idade seja um fator de risco isolado. Fatores sociais podem colocar as pessoas mais jovens em maior risco, da mesma forma que a predisposição biológica para depressão maior pode aumentar com a idade, afinal a depressão é a combinação de fatores genéticos e ambientais (estressantes). Afirmando novamente, mulheres com baixa escolaridade, baixa renda, divorciadas, separadas, solteiras, possuem maior prevalência de transtornos mentais, pois a existência de suporte social e ausência de conflitos graves parecem ser agentes altamente protetores.

Além disso, mudanças identificáveis no padrão de vida que representam uma ruptura do comportamento usual afetam o bem estar do indivíduo, como por exemplo um evento negativo na vida da pessoa, do estilo: separação conjugal, perda da morte do ente querido, perda de emprego, acidente com lesão corporal, assalto, migração e presença de familiar com doença crônica no domicílio. Algum tipo de estresse crônico, que ocasionam condições que a longo prazo trazem dificuldades, as quais podem ser financeiras, relações interpessoais e ameaças permanentes à

segurança do indivíduo, como por exemplo morar em uma comunidade conhecida por perigosa (LIMA, 1999).

O impacto social da depressão inclui tanto a incapacidade individual como o fardo familiar associado à doença. Sintomas depressivos e depressão maior são problemas comuns e importantes em termos de saúde pública. Os custos da assistência médica, tempo de trabalho perdido, e a diminuição da qualidade de vida associam-se de forma clara e consistente com transtornos depressivos. Apesar de serem transtornos crônicos, os transtornos depressivos são condições tratáveis, e as opções terapêuticas têm crescido muito nos últimos 25 anos (LIMA, 1999).

A depressão em mulheres se tornou um grande problema na saúde pública, não havendo diferenciação dos países desenvolvidos ou subdesenvolvidos. A mulher apresenta maior vulnerabilidade, devido à influência do ciclo reprodutivo e as oscilações hormonais, sendo que muitas apresentam alterações físicas, comportamentais e emocionais nesse período, podendo alguma delas serem graves, entre outros fatores, como por exemplo: a própria gravidez, período pós-parto que pode levar a depressão pós-parto, uma possível infertilidade, na idade avançada a menopausa, todas essas razões relacionam-se com a flutuação do hormonal da mulher (YUASA, 2012).

Existe uma grande diferença entre os gêneros em relação à saúde mental. Na infância, os meninos tendem aos comportamentos agressivos e antissociais. Já na adolescência, os meninos continuam apresentando tais condutas, porém cometem mais suicídios do que as meninas, e além disso, apresentam maior risco de problemas relacionados ao abuso de substâncias e a distúrbios de comportamento, enquanto as meninas têm maior risco de depressão, bem como transtornos alimentares e ideação suicida. Já na fase adulta, inicia a responsabilidade com a casa, trabalho, cuidar dos filhos. Discussões a respeito do papel da mulher, como a questão sobre se a mulher deve escolher entre casa e trabalho, são cruciais na avaliação do desenvolvimento de depressão (YUASA, 2012).

CONCLUSÃO

Concluo que, é um problema de extrema relevância para a saúde da população global, de uma maneira geral, por conta de suas inúmeras repercussões na qualidade de vida do indivíduo acometido por ela, comprometendo as atividades diárias do enfermo e a sua qualidade psicossocial, visto que, o cuidado à saúde mental é uma questão ainda negligenciada, principalmente na atenção primária. Cabe aos profissionais da saúde aprimorar suas práticas, valorizando as formas de investigação da depressão e dos possíveis fatores associados, considerando as particularidades e o contexto biopsicossocial e cultural de cada indivíduo, e fornecendo o cuidado integral, que vai além da queixa-conduta, contribuindo para a equidade no sistema de saúde brasileiro.

Os transtornos depressivos são altamente prevalentes, tendem a afetar adultos jovens e apresentam um curso episódico ou crônico. São geralmente mais comuns em mulheres e em pessoas com menores rendas e níveis de escolaridade, e estão associados a uma alta utilização de serviços de saúde. Quanto maior o conhecimento acerca do tema depressão e dos riscos de suicídio, maiores as chances de prevenção. Este trabalho propôs-se a trazer informações relevantes sobre esta complexidade que o assunto merece.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAPTISTA, A.S.D *et al.* Depressão e gênero: Por que mulheres deprimem mais que homens. *Temas em Psicologia*, v. 7, p. 143, 1999.
- BARBOSA, F.O *et al.* Depressão e o suicídio; *Revista da SBPH*; vol 14; p233; 2011.
- BOTEGA, N.J. *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Iinterconsulta e emergência*; vol.24, p169; 2002
- BOTEGA, N.J *et al.* *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*; vol.1, p.15; 2008.
- CODIOLI, A.V *et al.* *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais, DSM-5®*, v. 5, p. 123, 2014.
- Depressão em mulheres; *Boa Saúde*; Disponível em: <<https://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/5061/-1/depressao-em-mulheres-x-caracteristicas.html>> Acesso em: 29/09/2020.
- Depressão; *Folha Informativa*; Organização Pan Americana da Saúde, 2018 Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095>Acesso: 29/09/2020.
- GONÇALVES, A. M. C *et al.* . Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família; *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; v. 67; p. 22, 2018.
- LIMA, M.S. *Epidemiologia e impacto social*; *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; v. 21; p. 5, 1999.
- MARTIN, D *et al.* *Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo*; v. 41, p. 591, 2007.
- BERTOLETE, J.M. *Organização Mundial da Saúde. Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*, v. 21, p. 6, 2000.
- SCHEFFER, M *et al.* . *Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas*; v. 26, p. 79; 2013.
- YUASA, C.S; *A depressão feminina no discurso das mulheres*, v. 1 p. 20, 2012.

FILIAÇÃO

- ¹ Acadêmico(a) de Enfermagem da Faculdade Estácio de Teresina, Teresina, PI.
² Docente da Faculdade Estácio de Teresina, Teresina, PI.
³ Enfermeiro(a) pela UNIATENEU, Fortaleza- CE.
⁴ Pós-graduanda em Oncologia pela Faculdade Ademar Rosado, Teresina- PI.
⁵ Acadêmico(a) de enfermagem pela UNIATENEU, Fortaleza- CE.
⁶ Acadêmico(a) de Enfermagem pela UNIFAMETRO, Fortaleza-CE.
⁷ Pós-graduanda em urgência e emergência pela UniEducacional, Teresina-PI.

AUTORES

SOLANGE CRISTINA FERREIRA DE QUEIROZ¹
ROSANA SEREJO DOS SANTOS¹
BRUNA DE ABREU SEPÚLVEDRA REIS²
ANA FLÁVIA FERREIRA BASTOS¹
ANA KARINA VIANA PEREIRA¹
BEATRIZ GOMES DA SILVA¹
BIANCA BRASIL ARCENIO⁵
DANIELE PRISCILA DE LIMA SILVA⁴
DILMARA CALIXTO MACIEL⁶
EDANIELLE DA SILVA PEREIRA OLIVEIRA³
FRANCISCO RONDINELE DA SILVA FELIX³
LEILANE ESTEFANI MOTA DA COSTA FERREIRA⁷
MAKELLYNE DA COSTA MENDES¹
SAMARA CRISTINA LIMA SOUSA¹
WENDEL MARCOS ALVES¹

Palavras-chave: Depressão puerperal, Cuidados, Puerpério.

INTRODUÇÃO

O parto é um momento de transição brusca, onde uma mulher grávida e um feto, no instante seguinte, passam a ser uma mãe e um filho. É neste momento de adaptação e mudanças, que a mulher percebe que atenção que antes lhe era ofertada durante a gestação passa a ser da criança. Essas alterações comportamentais e hormonais, pré-dispõem fatores desencadeantes de uma depressão pós parto (MACIEL *et al.*, 2019).

A Organização Mundial de Saúde em 2013 considerou um problema de saúde pública a depressão pós-parto (DPP), pois gera transtornos psíquicos que desfavorecem os laços maternos (WOH,2013). Podendo apresentar-se a partir de inúmeros fatores, sejam eles físicos ou emocionais como gravidez indesejada, baixa renda, doenças relacionadas ao bebê, baixa grau de escolaridade, relação familiar difícil, ansiedade e abandono afetivo do companheiro (ARRAIS & ARAUJO, 2017).

Alguns autores destacam a variação da prevalência na sintomatologia de depressão pós-parto. Monteiro *et al.* (2018) em seu estudo demonstra uma taxa em torno de 7,2% a 42,8%, como média variável. No entanto, o estudo “Nascer no Brasil”, divulgado pela Fundação Fiocruz em 2016, aponta resultados de entrevistas com 23.896 mulheres e elenca como percentual médio de 26,3%, sendo necessária uma análise aprofundada em vistas a taxas tão alarmantes (LEONEL, 2016).

A sintomatologia surge com alterações psíquicas multifatoriais e alterações comportamentais como: mudança repentina no humor, tristeza profunda, sentimento de culpa, medo de falhar como mãe, ansiedade, baixa autoestima, insegurança, perda de interesse nos cuidados a criança e disforia, podendo chegar a pensamentos suicidas (MOLL *et al.*, 2019).

É nesse contexto, que se justifica a execução deste estudo, principalmente por possibilitar uma reflexão sobre a importância da rede de apoio a mulher após o parto com quadro depressivo. Com o objetivo de avaliar a importância do apoio familiar e multiprofissional da equipe de saúde no frente à depressão puerperal.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, de abordagem ancorada em pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura. A busca dos artigos ocorreu em julho de 2020, foram utilizados os descritores “Depressão puerperal” AND “Cuidados” AND “Puerpério”, cruzados com o operador booleano AND e OR, nas bibliotecas virtuais BVS e SciELO. Na PubMed foram utilizados os descritores cadastrados no *Medical Subject Headings* (MeSH): "Postpartum Period"[Mesh]” AND "Depression, Postpartum"[Mesh].

As buscas resultaram num total de 339 em todas as bases de dados. Como critérios de inclusão para seleção dos estudos foram utilizados: artigos que abordam a temática, publicados nos últimos 5 anos, em português, espanhol e inglês, disponível na íntegra. Excluíram-se os artigos que não estavam de acordo com os critérios de inclusão e em duplicidades, foram selecionados 24 artigos para compor o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura demonstra que o suporte familiar, constituído por uma rede de apoio sólida, em sua maioria identificada pela figura feminina, como a mãe ou sogra, combinadas aos tratamentos médicos e psicológicos são ferramentas capazes de promover a melhora e adequação da situação vivenciada, uma vez que esse suporte promove o bem-estar e estimula os laços familiares (SILVA *et al.*, 2020).

O vínculo materno é construído desde o período gestacional, o planejamento familiar, as relações afetivas e preparação para receber a criança, envolvem além da mãe e o companheiro a família materna, paterna e os amigos e todo esse círculo denominado rede de apoio, sendo responsáveis pelo fortalecimento de cada etapa. Essas ações de apoio são importantes fatores de proteção para reduzir as chances de distúrbios psicológicos no puerpério (MELLO *et al.*, 2018).

Tendo em vista que o puerpério comumente é solitário a puérpera é anulada e passa a ser a mãe, o cuidado é voltado ao bebê e as orientações giram em torno do cuidado da criança. Este cancelamento materno gera dúvidas, cansaço extremo e insegurança, o que predispõe transtornos

facilitadores da depressão pós-parto. Esses transtornos acometem mulheres em todas as idades, sem distinção de classe social ou raça (GREINERT & MILANI, 2015).

No entanto o enfrentamento a depressão pós-parto (DPP), ainda é um estigma, e os profissionais de enfermagem, por terem um contato maior com as puérperas, necessitam de treinamentos específicos que atendam a esse público, uma vez que os sintomas iniciais podem se apresentar durante a gestação e são facilmente confundidos com alterações hormonais, como a mudança de humor repentina, choro e medo (MEIRA *et al.*, 2020).

Dentre algumas ferramentas utilizadas no pré-natal, a escala de DPP de Edimburgo (EPDS), que consiste em um questionário para autoavaliação com dez perguntas, a serem avaliadas baseando-se nos últimos sete dias. Cada questão possui quatro alternativas e sua pontuação é de zero a três, variando de acordo com a intensidade dos sintomas descritos, obtendo como nota de corte a pontuação igual ou maior que doze em sua somatória total. Esta ferramenta pode ser utilizada por toda equipe multiprofissional, e já demonstrou grande eficácia e sensibilidade na detecção de casos de DPP. A EDPS foi desenvolvida na Grã-Bretanha, traduzida e validada e está sendo utilizada em vários países, dentre eles o Brasil (SCHARDOSIM & HELDT, 2011).

Arrais *et al.* (2019) e Lino *et al.* (2020) confirmam em seus estudos que o uso de ferramentas facilitadoras na identificação precoce da DPP resulta em maiores chances de melhora no quadro clínico. A não negligência da família e as ações instituídas nos serviços de saúde, interligadas a rede de apoio familiar, promovem melhoras nos quadros de DPP, uma vez que o tratamento é instituído a mulher passa a ter um controle da situação vivenciada. O pré-natal psicológico também se faz importante em gestantes com depressão já diagnosticada.

Perkins *et al.* (2018), elencam o uso das terapias não convencionais, destacando a terapia grupal, como método auxiliar no tratamento da DPP. As atividades de canto promovem o relaxamento, favorecendo momentos de descontração, e ganha destaque como método eficaz, ainda não se sabendo qual a ligação da música com a melhora do quadro clínico, porém os estudos comprovam sua eficácia.

CONCLUSÃO

Na atualidade, é notório que as ações implantadas no âmbito do SUS, como o pré-natal do parceiro, já visam instituir novas práticas de rotinas de apoio a fim de ampliar as condutas que estimulem o envolvimento familiar, beneficiando de forma ampla gestantes, puérperas, seus binômios e a família. A solidificação destas ações é fator primordial no enfrentamento as mudanças que a maternidade acarreta. A retomada da rotina familiar após o parto é sempre muito difícil, com isso a instituição dos cuidados pessoais e cuidados com o bebê, assim como a autoconfiança, devem ser estimulados. A fim de restabelecer a autonomia da mulher, propiciando um puerpério o mínimo traumático possível.

Com isso, a equipe multiprofissional se torna um mediador importante durante a gestação e o puerpério, para orientar quanto a identificação precoce, favorecendo e auxiliando no fortalecimento do vínculo familiar, estreitando os laços mãe-bebê e família, possibilitando assim que essa rede de apoio no puerpério promova a base do suporte psicológico necessário no enfrentamento à DPP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRAIS, A.R. & ARAUJO, T.C.C.F. Depressão Pós-Parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 18, p. 828, 2017.
- ARRAIS, A.R. *et al.* Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 11, p. 23, p. 23, 2019
- GREINERT, B.R.M. & MILANI, R.G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 17, p. 26, 2015.
- LEONEL, F. Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil. Fiocruz, Rio de Janeiro, abr, 2016. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>>.
- LINO, C.M. *et al.* O impacto da depressão pós-parto no aleitamento materno e no desenvolvimento infantil: uma revisão integrativa. *Revista Nursing*, v. 23, p. 3507, 2020.
- MACIEL, L.P. *et al.* Mental disorder in the puerperal period: risks and coping mechanisms for health promotion. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 11, p. 1096, 2019.
- MEIRA, B.M. *et al.* Desafios para profissionais de saúde primária no cuidado de mulheres com depressão pós-parto. *Texto e Contexto & Enfermagem*, v. 24, p. 706, 2015.
- MELO, S.B. *et al.* Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 18, p. 163, 2018.
- MOLL, M.F. *et al.* Rastreado a depressão pós-parto em mulheres jovens. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 13, p. 1338, 2019.
- MONTEIRO, K.A. *et al.* Evidências de sintomatologia depressiva no pós-parto imediato. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 24, p. 379, 2018.
- PERKINS, R. *et al.* Group Singing Facilitates Recovery From The Symptoms Of Postnatal Depression: A Comparative Qualitative Study. *BMC Psychology*, v. 6, p. 41, 2018.
- SCHARDOSIM, J.M. & HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*, v. 32, p. 159, 2011.
- SILVA, J.F. *et al.* Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*, v. 14, e 245024, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health action plan 2013-2020 [online]. 2013. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

105

DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

FILIAÇÃO

¹ Discente de Medicina, Centro
Universitário do Planalto Central
Apparecido dos Santos, DF.

AUTORES

THAÍS FERNANDA FARIA MOREIRA¹
EVELIN CARRIJO COUTO MAGALHÃES¹
JADE TORRES GOLDFELD NEIVA MORONI¹
MARIA LUISA OLIVEIRA SANTANA¹
NATÁLIA CABRAL PERISSÊ¹

Palavras-chave: Mola Hidatiforme; Doença Trofoblástica Gestacional; Neoplasia Trofoblástica.

INTRODUÇÃO

A doença trofoblástica gestacional (DTG) é conceituada como uma anomalia na proliferação das células que compõem o tecido do trofoblástico placentário, cito e sinciciotrofoblasto, que se apresenta com formas clínicas diferentes, geralmente evolutivas, sistematizadas em: Mola hidatiforme (MH); Mola invasora; Coriocarcinoma.

As formas malignas, as molas invasoras, coriocarcinoma, tumor trofoblástico placentário (PSTT) e tumor trofoblástico epitelióide (ETT), são chamadas de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG). As consideradas entidades clínicas benignas são as MHs. Embora rara, a DTG pode apresentar importantes complicações clínicas e potencial maligno com alta taxa de mortalidade materna antes do tratamento com a quimioterapia. Aproximadamente cerca de 20% das pacientes com MH desenvolvem NTG após o esvaziamento e precisam de quimioterapia. Nesse sentido, a maioria das pacientes com NTG pós-molar apresentam a forma não metaplástica ou mola invasora.

Todas as diferentes formas de apresentação da DTG caracterizam-se por produzir o beta da gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG), um hormônio glicoproteico produzido em grande parte pelo sinciciotrofoblasto placentário. Este hormônio possibilita o diagnóstico precoce e também o acompanhamento e monitoramento da evolução da forma benigna para a NTG.

É complicado conhecer e estabelecer a verdadeira incidência de MH no mundo. Inúmeros fatores corroboram para esse fato, tais como as diferenças étnicas, geográficas, alimentares e também os deficientes e indefinidos estudos sobre a incidência da doença.

No entanto, sabe-se que a doença é mais comum nos extremos da idade reprodutiva. O risco de incidência em adolescentes é 1,5 a duas vezes maior do que na população feminina em idade reprodutiva convencional. Em pessoas acima de 35 anos de idade, esse valor é cinco vezes maior, sendo mais elevado entre aquelas com idade superior a 40 anos.

Além desses fatores de risco, estudos indicam que o fumo, a contracepção hormonal oral, dispositivo intrauterino (DIU), herbicidas (agente laranja), ingestão alimentar pobre em proteínas, gordura animal, carência de carotenoides e ácido fólico também estão relacionados com a gênese da DTG.

O presente estudo visa conceituar DTG, revisar as características clínicas, as complicações, o diagnóstico e a abordagem terapêutica da doença trofoblástica gestacional.

MÉTODO

O presente estudo deu-se por meio de uma revisão não sistemática da literatura, na qual foram selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos, com o uso das palavras-chaves “mola hidatiforme”, “doença trofoblástica gestacional” e “neoplasia trofoblástica”. Outrossim, foram incluídos livros-texto clássicos sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gravidez molar caracteriza-se histologicamente por anormalidades das vilosidades coriônicas que consistem na proliferação trofoblástica e no edema do estroma viloso. O grau de alterações teciduais e a presença ou ausência de um feto ou de elementos embrionários são usadas para descrevê-las como MH completas ou parciais. Essas, constituem doenças distintas, com características histológicas, clínicas e citogenéticas próprias, mas que apresentam tratamento similar.

A Mola hidatiforme completa (MHC) é resultado de uma fecundação de um óvulo sem núcleo ativo, logo todos os genes são paternos, processo denominado androgênese. Macroscopicamente, as vilosidades coriônicas se apresentam como uma massa de vesículas transparentes, variando de tamanho. Histologicamente, as molas mostram degeneração hidrópica, edema viloso, ausência de vasos sanguíneos vilosos, graus variados de proliferação de epitélio sanguíneos vilosos e ausência de elementos embrionários, tais como feto e âmnio.

O volume e a proliferação trofoblástica da MHC, normalmente, são superiores aos da Mola hidatiforme parcial (MHP), o que se reflete nas características clínicas. Além disso, os títulos iniciais de hCG costumam ser maiores em pacientes com MHC. É válido acrescentar que complicações médicas da gravidez molar, como pré-eclâmpsia, hipertireoidismo, anemia e hiperêmese gravídica são mais comuns nos casos de MHC.

A MHP é decorrente de uma fecundação de um óvulo normal por dois espermatozoides ou por um espermatozoide diploide. Elas apresentam degeneração limitada da placenta, que exhibe vilosidades anormais e distendidas, hidrópicas. Além disso, existe feto, cuja presença é caracterizada por batimentos cardíacos e certificada pela ultrassonografia.

Manifestações clínicas

Na maioria dos casos, existe um período de amenorreia de um a dois meses, podendo haver vômitos e náuseas. Mais adiante, a apresentação clínica mais comum da MH é o sangramento vaginal desde o primeiro trimestre de gestação, podendo vir acompanhada ou não de dor do tipo cólica, no entanto, é indolor na maioria das vezes. O sangramento vaginal pode variar desde um

borramento até mesmo a hemorragia profusa. Nas molas mais avançadas, pode existir uma considerável hemorragia uterina oculta com anemia ferropriva moderada.

Em cerca de 50% dos casos de MHC, o volume uterino atinge aproximadamente 4 cm além do tamanho esperado para idade gestacional e o útero apresenta uma consistência macia, sendo um fator de risco no acompanhamento pós-molar. Além de maior evolução maligna, é de conhecimento que essas pacientes cursam com maior ocorrência de perfuração durante o esvaziamento uterino e de possível embolização pulmonar. Esse fato deve inibir o não especialista de realizar o esvaziamento uterino.

Devido a um estímulo exagerado de beta hCG, pode-se desenvolver uma hiper-reação luteínica apresentando ovários com grandes e múltiplos cistos, bilaterais e multiloculados com uma espécie de líquido claro no seu interior. A incidência de cistos tecaluteínicos dos ovários é baixa em MHP. Devido a possibilidade de aumento uterino, a identificação dos cistos com a palpação abdominal ou com o exame pélvico é dificultada.

A hiperêmese gravídica é descrita como um dos sintomas frequentes, embora esteja presente em apenas 26% dos casos. A pré-eclâmpsia precoce (antes de 20 semanas) também é relatada como um dos sinais clássicos de gravidez molar. O tratamento clínico é o mesmo para pacientes com pré-eclâmpsia grave.

A ocorrência de hipotireoidismo pode estar presente em cerca de 5% dos casos e está relacionado com a doença molar devido a semelhança estrutural entre a subunidade alfa da hCG e do hormônio estimulante da tireoide (TSH), o que faz com que os receptores destes sejam estimulados pela hCG. A apresentação clínica de uma crise tireotóxica se baseia em taquicardia, hipertensão arterial, tremores finos, intolerância ao calor, fraqueza muscular, sudorese, miopatia tireotóxica, reflexos hiperativos, perda de peso, irritabilidade e pode ocorrer aumento difuso da glândula tireoide. O nível de tiroxina livre no plasma pode se apresentar elevados e os níveis de TSH diminuídos.

A eliminação de vesículas via vaginal também é muito sugestiva de MHC e pode ocorrer em grande parte dos casos. Pacientes com MHP, normalmente, são pouco sintomáticas e podem apenas mimetizar um abortamento incompleto devido ao sangramento.

Diagnóstico

O diagnóstico de MH pode ser feito no primeiro trimestre de gravidez. O sinal mais comum é o sangramento, que em muitos casos pode vir acompanhado da expulsão de vesículas molares. Outros sinais, como o aumento do útero maior que o esperado para a idade gestacional, vômitos incoercíveis, pré-eclâmpsia precoce, ausência de batimentos cardíacos fetais, tumorações císticas ovarianas, hiperêmese gravídica e nível anormalmente elevado de hCG.

A ultrassonografia é um excelente método não invasivo para o diagnóstico da gravidez molar. A maioria das pacientes com MHC apresentam imagens características da doença, tais como o útero cheio de material ecogênico com várias vesículas anecoicas de diferentes tamanhos, sem fluxo ao Doppler, sem feto ou batimento cardíaco fetal. Na MHP, a placenta é grande e de aspecto normal com lesões intraplacentárias anecoicas difusas. Algumas vezes, a gravidez molar pode ser confundida com um leiomioma uterino ou gravidez multifetal.

A coexistência fetal com degeneração molar é relativamente rara, sendo mais comum na mola parcial e pode estar presente na gestação gemelar. Para pacientes com essa coexistência, é

necessário que a ultrassonografia seja repetida para que sejam afastadas suspeitas de outras patologias, como hematoma retroplacentário, anormalidades da placenta não molar e degeneração miomatosa. Em pacientes que a suspeita persistir, deve-se investigar malformações congênicas, cariótipo fetal e anomalias cromossômicas.

O diagnóstico definitivo de uma gestação molar é realizado através da análise histopatológica do material obtido por meio do esvaziamento uterino. Além disso, a realização de imuno-histoquímica também pode ser útil para diferenciar MHC e MHP devido à presença de uma proteína p57 na expressão do genoma materno, o que afasta a possibilidade de MHC.

Tratamento da Mola Hidatiforme

Atualmente, as taxas de mortalidade por gravidez molar foram diminuídas a praticamente zero em razão do diagnóstico e do tratamento adequado precoce. Assim, existe dois importantes pontos básicos para o tratamento de gestações molares que são: a evacuação da mola e o acompanhamento regular com o intuito de detectar doença trofoblástica persistente.

Antes do esvaziamento em pacientes com suspeita de gestação molar, são recomendados os exames de hemograma completo, grupo sanguíneo e fator RH, determinação dos níveis de hCG, coagulograma completo, hepatograma completo, ureia, creatina e ácido úrico.

A aspiração a vácuo frequentemente é o método de eleição para o esvaziamento molar. Tal procedimento inclui a dilatação cervical e costuma ser feito sob anestesia geral. Deve-se infundir ocitocina intravenosa após a dilatação do colo, antes do esvaziamento, e mantida por várias horas no pós-operatório. As pacientes com fator Rh devem ser tratadas com imunoglobulina anti-D após o esvaziamento. Esse procedimento só deve ser feito por médicos experientes devido às maiores chances de complicações.

A histerectomia com a conservação dos anexos pode ser uma alternativa para a vácuo-aspiração em mulheres que não queiram mais ter filhos. É o procedimento normalmente usado em mulheres com 40 anos ou mais em razão do risco de 33% destas pacientes desenvolverem a neoplasia trofoblástica gestacional persistente. Esse procedimento reduz o risco de NTG pós-molar quando comparada ao esvaziamento por aspiração. No entanto, ainda há risco de NTG pós-molar e deve-se realizar o monitoramento com hCG após a histerectomia.

Em relação à quimioterapia profilática, ela é uma proposta que tem o intuito de reduzir o risco de malignização do esvaziamento molar. Recomenda-se que ela seja realizada juntamente com Actinomicina-D (Act-D) e feita em pacientes com alto risco. Como a toxicidade desse procedimento é significativa, podendo até ocorrer a morte, ele não é recomendado como rotina.

Acompanhamento após esvaziamento uterino

Após o esvaziamento molar é primordial e indispensável monitorar cuidadosamente todas as pacientes para diagnosticar e tratar de imediato possíveis sequelas. O diagnóstico de NTG pós-molar inclui a estabilização ou o aumento dos níveis do hCG e a caracterização histológica da mola invasiva no material de curetagem.

Após 48 horas do esvaziamento molar, deve ser feita a determinação quantitativa de hCG no soro materno com teste comercial que apresente sensibilidade de 5 mUI/mL. Esses níveis devem cair progressivamente até um nível indetectável. Após três dosagens consecutivas normais, passe a dosar o hormônio em 15 dias e depois mensalmente, até completar 1 ano. Caso os níveis de

hCG se estabilizem ou se elevem por algumas semanas, é necessária uma avaliação imediata e o tratamento de NTG pós molar. A *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO, 2002) estipula como critérios para o diagnóstico de NTG molas por meio da dosagem de hCG: A estabilização de quatro valores ($\pm 10\%$) de hCG, dosados no período de três semanas (dias 1, 7, 14 e 21); o aumento do nível de hCG $> 10\%$ a partir de três valores obtidos no período de duas semanas (dias 1, 7 e 14); a persistência de hCG detectável por mais de seis meses após o esvaziamento da mola e o diagnóstico histopatológico de coriocarcinoma.

Eventualmente, os elevados níveis persistentes de hCG são em decorrência de resultado laboratorial falso positivo, conhecido como hCG fantasma, consequentes de anticorpos heterofílicos que cruzam com o teste da hCG. A hCG falso-positiva é rara e não responde à terapêutica, como a quimioterapia administrada para mola persistente ou a gravidez ectópica. Esses testes falso-positivos são afetados pela diluição do soro materno. Logo, a estratégia utilizada nesses casos são várias técnicas de exames de hCG com diferentes soluções do soro da paciente juntamente com um teste urinário, já que os anticorpos heterofílicos não são excretados na urina.

Nesse contexto, essa intensiva monitoração dos níveis de hCG apresenta uma elevada taxa de não adesão das pacientes ao tratamento. No entanto, felizmente, estudos recentes apontam que nenhuma mulher com mola parcial ou completa com níveis indetectáveis de hCG por cerca de seis meses desenvolveu a doença persistente.

Na hipótese de a lesão molar persistir após o esvaziamento, o que é sugestivo de malignização, a ultrassonografia transvaginal pode mostrar tecido ectogênico na cavidade uterina que se estende do miométrio com fluxo exuberante ao mapeamento colorido e a baixa resistência. Além disso, também são mostrados os cistos tecaluteínicos na ultrassonografia pélvica.

De valor significativo no acompanhamento pós-molar, a histeroscopia possibilita monitorar a resposta da lesão uterina à quimioterapia. É importante inspecionar a cavidade uterina após o seu esvaziamento inicial para assegurar visivelmente o sucesso da operação.

Após o esvaziamento e durante o monitoramento pela hCG, é recomendado o uso de anticoncepcionais orais ou injetáveis com o intuito de evitar gravidez por no mínimo seis meses. Os anticoncepcionais não aumentam a incidência de NTG pós-molar e não afetam o padrão de regressão de hCG. Dessa forma, as pacientes devem ser bem orientadas sobre a importância da adesão a um método contraceptivo, já que diante de uma gravidez, os níveis de hCG se elevam e pode dificultar o diagnóstico de persistência ou malignificação da doença.

Neoplasia trofoblástica gestacional

NTG é o termo usado para designar lesões malignas que se originam das vilosidades coriais e do trofoblasto extraviloso que se caracterizam por invasão para dentro do miométrio e tendência a metastizar. Possui quatro formas clínicas diferentes com distintos graus de proliferação, disseminação e invasão, são elas: mola invasora, coriocarcinoma, ETT e PSTT. Cerca de 50% dos casos de NTG são em decorrência de gestações molares.

A mola invasora é uma sequela da MH e é uma doença caracterizada por vilosidades coriônicas hidrópicas e uma proliferação trofoblástica que invade o miométrio, algumas vezes com envolvimento do peritônio, paramétrio adjacente ou cúpula vaginal. Em cerca de quase metade dos casos, a mola invasora apresenta solução espontânea e seu diagnóstico costuma ser clínico.

O coriocarcinoma tem uma constituição dimórfica e não possui uma estrutura vilosa, ele é muito invasivo e metastático e costuma proceder qualquer tipo de gravidez, sendo a maioria das vezes, em gestação normal. Eles podem se localizar em qualquer parte do útero, possuem crescimento rápido que invade tanto o miométrio quanto os vasos sanguíneos o que causa hemorragia e necrose. O coriocarcinoma apresenta sintomas bem variados e discordantes e seu quadro clínico é diverso, de acordo com a localização do tumor.

O tumor trofoblástico do sítio placentário ou pseudotumor trofoblástico (PSTT) forma uma massa branco-amarelada que invade o miométrio e pode-se projetar para a cavidade uterina. Diferentemente do que ocorre no coriocarcinoma, no PSTT não existe tendência à invasão vascular precoce e generalizada. Normalmente, o PSTT não é sensível à quimioterapia como as outras formas de NTG, por isso é importante a sua distinção histológica. Em geral, o PSTT apresenta quadro clínico de amenorreia ou de sangramento vagina 2 a 5 anos após uma gestação normal, abortamento ou MH e está associado a baixos níveis de hCG.

O tumor trofoblástico epitelióide (ETT) é uma rara neoplasia, inicialmente relatada como múltiplos nódulos uterinos de trofoblasto intermediário. Via de regra afeta mulheres em idade reprodutiva e apresenta como característica clínica comum o sangramento transvaginal irregular após algum tipo de gravidez. O tratamento primário do ETT é a cirurgia.

Diagnóstico clínico

A NTG geralmente é diagnosticada pelos níveis de hCG, que permanecem estabilizados ou elevados e também pela curetagem diagnóstica. Pacientes com NTG após gestações não molares podem apresentar um quadro clínico de difícil diagnóstico. Sangramentos anormais por mais de seis semanas pós gestação devem ser avaliados pela dosagem de hCG e por ultrassonografia para excluir possibilidades de uma nova gestação ou de NTG.

A NTG possui uma apresentação clínica variável que depende do evento gestacional que a originou, da extensão da doença e do diagnóstico anatomopatológico. O volume aumentado do útero, sangramento transvaginal irregular e também a persistência dos cistos tecaluteínicos nos ovários, além da elevada dosagem de hCG são sinais bastante sugestivos de NTG. Geralmente, observa-se que em torno de 15% a 20% dos casos de MHC e cerca de 0,5% a 1% dos casos de MHP será preciso realizar o tratamento sistêmico a fim de negativar os níveis de hCG.

Após a conclusão do diagnóstico de NTG, é de suma importância a pesquisa de presença de metástase, sendo mais comum para o pulmão e vagina em 30% dos casos, para que se possa estadiar corretamente a doença e definir o tratamento adequado para cada paciente. A FIGO propõe uma maneira de padronizar o estadiamento, sugerindo que deva ser combinando-se o estadiamento anatômico com o escore de risco da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o intuito de obter uma extensão mais precisa da doença e dos fatores de risco presentes na DTG. O escore de risco de 2000 da FIGO é expresso na Tabela 1. Os escores prognósticos de fatores de risco para cada categoria são 0,1,2 e 4. Quando somados esses escores, a neoplasia de baixo risco geralmente inclui escores de 0 a 6.

Tabela 1. Sistema de contagem de 2000 da FIGO

<i>Fatores de risco</i>	0	1	2	4
Idade (anos)	<39 anos	>39	-	-
Gestações antecedentes	Mola	Aborto	Gestação a termo	-
Intervalo da gravidez antecedente	<4	4 a 6	7 a 12	>12
Nível de hCG pré-tratamento	<1.000	1.000 a 10.000	>10.000 a 1000.000	>100.000
Tamanho do maior tumor incluindo o útero (cm)	-	3 a 4	5	-
Local das metástases	Pulmão, vagina	Baço, rim	Gastrointestinal	Cérebro, fígado
Número de metástases	0	1 a 4	4 a 8	>8
Falha na quimioterapia	-	-	Agente único	≥ 2 agentes

Fonte: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 2000

Tratamento

Os pacientes de baixo risco são tratados por um agente único. Geralmente, em razão da eficácia e segurança, o tratamento de escolha é com metotrexato (MTX) e o resgate com o ácido fólico. Tende a ser preferida a dosagem de 1 mg/kg de peso de MTX nos dias 1, 3, 5 e 7; alternando-se com 15 mg de ácido fólico nos dias 2, 4, 6 e 8. Em mulheres com mais idade, que não desejem ter mais filhos e que se situem no estágio I, a histerectomia é complementar à quimioterapia.

Em pacientes resistentes ao MTX, mas de baixo risco, a medicação de segunda linha é a actinomicina D (0,5 mg/dia, IV) repetida por cinco vezes a cada duas semanas. Não há a necessidade de internação para resoluções desses casos.

Pacientes consideradas de alto risco são aquelas em que o escore FIGO/OMS é maior do que sete. Em virtude do alto risco de existir recidiva com o emprego de um agente único, é recomendada a realização de poliquimioterapia. O esquema terapêutico de escolha é o EMA-CO ((Etoposide, Act-D, MTX, Ciclofosfamida, Vincristina) por apresentar melhores respostas e baixa toxicidade.

CONCLUSÃO

A DTG é um diagnóstico diferencial importante nos sangramentos do primeiro trimestre de gestação. Embora rara, a DTG pode apresentar importantes complicações clínicas e potencial maligno com alta taxa de mortalidade materna antes do tratamento com a quimioterapia. Todas as diferentes formas de apresentação da DTG caracterizam-se por produzir o beta da gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG). Esse hormônio possibilita o diagnóstico precoce e também o acompanhamento e monitoramento da evolução da forma benigna para a NTG. O diagnóstico de MH pode ser feito no 1º trimestre da gravidez.

Durante a anamnese a paciente queixa-se de sangramento vaginal que habitualmente é indolor e inicia-se por volta da 4^a a 16^a semana de gestação. Entre alguns episódios hemorrágicos pode-se ter a presença de uma secreção serosa clara, de odor desagradável, além disso pode ocorrer expulsão das vesículas molares. Durante o exame físico pode-se encontrar o aumento do útero maior que o esperado para a idade da gravidez, ausência de batimentos cardíacos fetais, tumoração cística ovariana, hiperêmese gravídica e nível anormalmente elevado de hCG.

Para completar o diagnóstico em suspeita de MH são necessários exames complementares e confirmação patológica através dos exames de ultrassonografia e com o estudo anatomopatológico de material abortado.

O tratamento da MH consiste em duas fases que são: o esvaziamento uterino e seguimento pós-molar. Após o esvaziamento molar, é indispensável acompanhar todas as pacientes com o intuito de diagnosticar e tratar imediatamente possíveis sequelas malignas. Nos casos de NTG, monoquimioterapia deve ser empregada na doença de baixo risco e poliquimioterapia naquelas consideradas de alto risco.

A avaliação dos níveis de beta-hCG é indispensável para o controle de cura e o desenvolvimento de NTG. As pacientes devem ser orientadas a fazer a contracepção oral ou injetável e a evitar uma nova gravidez no período de aproximadamente um ano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAGA, A. *et al.* Doença trofoblástica gestacional. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 23/Comissão Nacional Especializada em Doença Trofoblástica Gestacional)
- CUNNINGHAM, F.G. *et al.* Obstetrícia de Williams. 23. ed. Estados Unidos da América: Amgh Editora Ltda, 2012. Tradução de Ademar Valares Fonseca
- FERRAZ, L. & LOPES, P.F & REZENDE-FILHO, J. & MONTENEGRO, C.A.B. & BRAGA, A. Atualização no diagnóstico e tratamento da gravidez molar. Volume 103. Número 2. Rio de Janeiro: J. bras. med, 2016
- FERRAZ, L. & LOZOYA, C. & LOPES, P.F & MORAES, V. & JUNIOR, J.A. & REZENDE-FILHO, J. & BRAGA, A. Mola hidatiforme parcial recorrente evoluindo para neoplasia trofoblástica gestacional. Rio de Janeiro: Feminina, 2015
- FIGO Oncology Committee. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. FIGO Oncology Committee. Int J Gynaecol Obstet. 2002
- HAHN, L. SFAIR, L.L. & PICCININI, V.L.& SOARES, J.A.P. & FILHO, E.V.C. Doença trofoblástica gestacional: Diagnóstico e tratamento. Portal Regional da BVS. ACTA MEDICA VOL. 39, N. 2, 2918. 15p.
- MATOS, M. & FERRAZ, L. & LOPES, P.F. & LOZOYA, C. & JUNIOR, J.A. & REZENDE-FILHO, J. & BRAGA, A. Neoplasia trofoblástica gestacional após normalização espontânea da gonadotrofina coriônica humana em paciente com mola hidatiforme parcial. Volume 37. Número 7. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2015
- MATTOS, A. C. G. B. F. & NOVAIS, D.F.F. & Reis, G.B.R. & PRUDÊNCIO, M.C. & REIS, V.C.S. Diagnóstico, tratamento e seguimento da mola hidatiforme: uma revisão bibliográfica. Belo Horizonte – MG. Revista Eletrônica Acervo Científico, 2020. 6 p
- MENDONÇA, J.B.R. & SOARES, L.R. & VIGGIANO, M.G.C. Adesão ao seguimento ambulatorial de pacientes com doença trofoblástica gestacional atendidas em um centro de referência. Goiânia – GO: Sociedade Brasileira de Reprodução humana, 2016
- MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Rezende Obstetrícia. 13. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda., 2016.

106

ATUALIZAÇÃO DA PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO ASSOCIADO AO PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV)

FILIAÇÃO

¹ Acadêmicas do Curso de Biomedicina da Escola Superior Madre Celeste - ESMAC, Ananindeua, PA.

² Professor do Curso de Biomedicina da Escola Superior Madre Celeste - ESMAC, Ananindeua, PA. Pesquisador da Universidade Federal do Pará - UFPA, Belém, PA.

AUTORES

THAYENNE CORREIA COSTA DE SOUZA¹

MAÍSA LIMA MIRANDA¹

LUIZA GIOVANA SOUSA CORRÊA¹

HELDER DOUGLAS CUIMAR MOREIRA FILHO¹

SARA BIANCA ALMEIDA LUZ¹

DAIENE HELEM PIMENTEL ALVES¹

DIEGO DI FELIPE ÁVILA ALCÂNTARA²

Palavras-chave: Câncer de colo do útero; Papiloma vírus humano; HPV.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença caracterizada por um crescimento descontrolado de células anormais que são provenientes de alterações genéticas que ocorrem em genes específicos, denominados proto-oncogenes. Estes normalmente atuam dentro das células de forma controlada auxiliando no crescimento e divisão celular, mas, quando alterados, tornam-se oncogenes, responsáveis por transformar as células normais em células cancerosas (RIVOIRE *et al.*, 2006; SANTOS, 2012).

Vale ressaltar que o câncer também está diretamente relacionado com mutações ocasionadas no gene *TP53*, que age como um supressor de tumor, atuando de forma direta no controle do ciclo celular. Este gene quando ativado, induz a parada do ciclo celular para reparo de danos na molécula de DNA, ou pode induzir apoptose, quando estes danos à molécula de DNA não são passíveis de reparo. Quando este gene apresenta uma mutação genética pode indicar eventos iniciais da carcinogênese. (FETT-CONTE *et al.*, 2002; QUEIROZ, 2016).

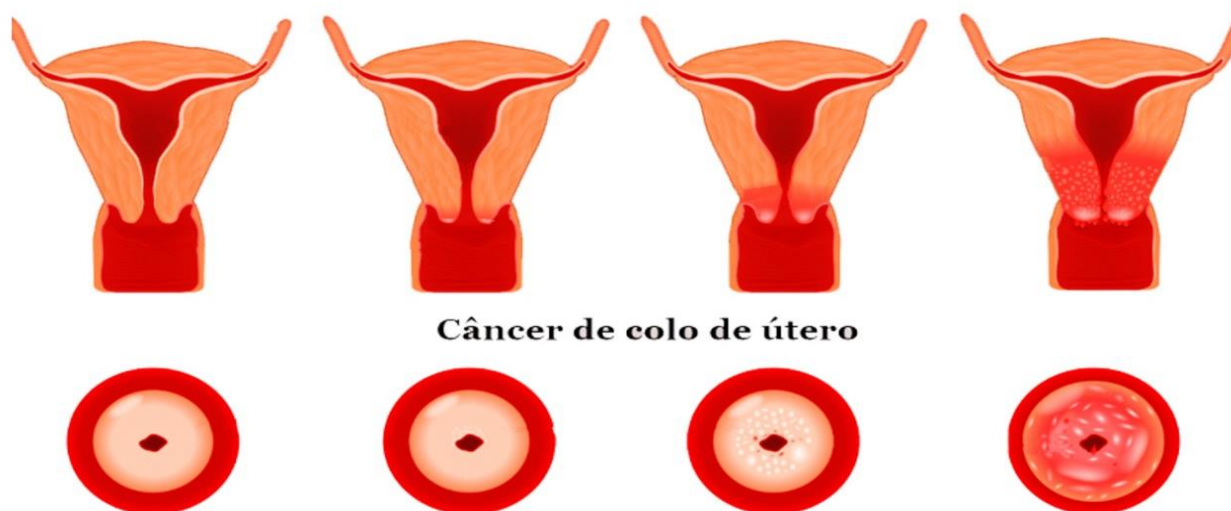
De forma geral, quando ocorre a perda de função das proteínas que regulam o ciclo celular, as células cancerosas tendem a proliferar de maneira desordenada, favorecendo o desenvolvimento dessa neoplasia maligna, que poderá se espalhar rapidamente por todo o corpo através da corrente sanguínea ou linfática, até invadir tecidos vizinhos, caracterizando, assim, o processo de metástase, que na maioria dos casos é muito agressiva e incontrolável (INCA, 2019; TOSCANO *et al.*, 2008).

Por fim, para chegar na fase do tumor tem-se um processo denominado de carcinogênese, dividido em múltiplas etapas, sendo o primeiro o estágio de iniciação, caracterizado por provocar as alterações em alguns genes, mas que ainda não é possível a detecção do tumor; em segundo tem-se o estágio de promoção, por meio das células alteradas originam-se as células malignas, muitas

das vezes de forma lenta e gradual. Por fim, o estágio da progressão, consistindo na multiplicação descontrolada e irreversível das células anormais, onde já se tem o surgimento das primeiras manifestações clínicas (INCA, 2019).

O câncer de colo de útero também conhecido como câncer cervical (CC) é o quarto tipo de câncer mais comum que ocorre entre as mulheres (Figura 1), evoluindo de carcinoma *in situ*, em que permanece no órgão de origem, para carcinoma invasor em que invade as células ao redor do colo (metástase) (SIMONSEN *et al.*, 2014). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), surgiram aproximadamente 16.590 novos casos apenas no ano de 2020, e a incidência, que anteriormente, se dava em mulheres entre 45 e 49 anos de idade, após um levantamento em 2018 (INCA, 2018), abrange mulheres entre 15 e 25 anos. Dentre todos os tipos de câncer, pelos parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS), este tipo de tumor apresenta-se com um grande potencial de prevenção e cura devido as suas fases pré-clínicas (OMS, 2002).

Figura 1. Evolução do câncer do colo de útero (1) útero saudável, (2 e 3) lesões precursoras e (4) câncer



Fonte: KASVI, 2020.

Em contrapartida, na última década foi possível verificar que as células escamosas cervicais apresentam DNA do Papiloma Vírus Humano (HPV) (SANTOS *et al.*, 2004), tornando-se um fator oncogênico, pelo fato de aumentar o desenvolvimento desta doença entre baixo e alto grau (BRENNAN L *et al.*, 2012), atrelado a fatores socioeconômicos e políticos que dificultam o acesso das mulheres aos serviços de saúde específicos, visto que na maioria dos casos mesmo que a evolução se manifeste de forma lenta, em países de renda média e baixa o diagnóstico é realizado tardiamente (SANTOS *et al.*, 2019; ABREU *et al.*, 2020).

Entre os mais de 100 tipos de infecções por HPV, todos são disseminados através de relação sexual, e aproximadamente 40 genótipos são conhecidos por causarem infecções no trato genital (CLIFFORD *et al.*, 2003; DA ROSA *et al.*, 2013) e, em destaque, tem-se de maneira predominante os tipos 16 e 18, que estão diretamente associados a causar câncer cervical (INSINGA *et al.*, 2010), sendo ambos classificados como de alto risco que infectam o epitélio basal através de rupturas de tecidos (WILEY & MASONGSONG, 2006).

Uma das maneiras de prevenir o surgimento de uma neoplasia pré-cancerosa que se desenvolve de forma lenta, foi a implementação do teste de Papanicolaou (Figura 2), exame mais comum para detectar a presença do HPV, que consiste no esfregão de células provenientes da ectocérvice e do epitélio da parte interna do colo de útero (LIU *et al.*, 2012).

Figura 2. Coleta de Material para Papanicolau



Fonte: MEDICAL ART INC.

Devido a infecção pelo HPV ser por via de contato direto da pele contaminada com a pele sadia, faz-se necessário o uso de preservativos em toda realização de relação sexual, independentemente do número de parceiros sexuais. O uso das vacinas existentes previne os dois sorotipos mais comuns do vírus, em que um está mais relacionado com a progressão para o câncer colo de útero, e outro que é mais comumente ligado à presença de verrugas genitais. Estatísticas mostram que mulheres que tomaram doses da vacina, diminuíram a probabilidade de 70% de desenvolver o câncer de colo de útero (CCU), sendo então de suma importância a realização do exame preventivo, que devem ser realizados pelo menos uma vez no ano, até mesmo em mulheres já imunizadas (FIOCRUZ, 2018).

O tratamento para o CCU dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade do paciente e desejo de ter filhos, e entre os procedimentos mais comuns estão a cirurgia, quimioterapia e a radioterapia, podendo ser realizadas em conjunto variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de sua administração (CORRÊA, 2011; INCA, 2019).

O objetivo deste estudo é analisar a incidência dos casos do CC durante os últimos anos, tendo como foco orientar a população quanto aos agravos da doença e a importância do diagnóstico clínico precoce, para poder minimizar os impactos negativos ocasionados por este tipo de câncer.

MÉTODO

Considerando a riqueza das informações disponíveis sobre o tema, este estudo faz uma revisão bibliográfica sobre o assunto, identificando aspectos epidemiológicos tais como a distribuição da infecção e do carcinoma cervical, buscando as bases literárias mais importantes publicadas nas três últimas décadas. Essas referências contribuíram com o estado atual de conhecimento e com a tecnologia disponível hoje para o combate à doença e à infecção, em especial a vacina contra os principais tipos do vírus. A captura dessas produções foi realizada utilizando-se as fontes de dados: Instituto Nacional de Câncer (INCA), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Organização Mundial da Saúde (OMS) e *Pubmed*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo foi observado que a infecção por HPV é, em sua totalidade, o principal fator para o desenvolvimento primário do CCU, que por sua vez também é responsável pela alta mortalidade em mulheres principalmente provenientes de regiões menos desenvolvidas e em baixas condições socioeconômicas (DE CARVALHO *et al.*, 2019). Em contrapartida analisou-se que, em suma, apenas o contágio prévio não é determinante para a formação de neoplasia cervical pois na maioria dos casos a infecção poderá ser assintomática e desaparecer por contra própria em um período de aproximadamente 18 meses. Segundo Araújo (2016), a oncogênese do CCU mediada por HPV é considerada rara e apenas 20% das mulheres infectadas poderão desenvolver a neoplasia cervical, bem como, sua persistência e progressão podem ser determinadas a depender do genótipo do vírus instalado, mais precisamente os tipos 16 e 18.

Apesar da infecção por HPV ser em sua maioria transitória, a malignidade estará diretamente relacionada às condições de estilo de vida da paciente tais como: tabagismo, uma vez que, as substâncias cancerígenas do tabaco são frequentemente encontradas em esfregaços cervicais de pacientes fumantes em forma de metabólitos, alimentação inadequada, pela dieta pobre em vitaminas e ácido fólico propiciando a imunodepressão, sedentarismo, a falta de exercícios físicos provoca desequilíbrio hormonal (a exemplo do estrogênio, essencial para o controle de funções do sistema reprodutor feminino) (BARCELOS *et al.*, 2017; BRASIL, 2014). Além das circunstâncias supracitadas, averiguou-se que a precocidade da atividade sexual, múltiplos parceiros e número elevado de partos geram alterações morfofisiológicas na região da ecto e endocérvice, resultando em riscos elevados de correlação entre o HPV e a oncogênese do CCU. Outros aspectos importantes na carcinogênese desta neoplasia são os transplantes de órgãos/tecidos, por desencadarem na imunossupressão da paciente, sendo que esta condição também poderá ocorrer devido às coinfeções com outros agentes etiológicos, destacando o HIV como principal cofator de infecção e progressão do vírus HPV no organismo (ARAÚJO, 2016).

Constatou-se que o vírus é transmitido majoritariamente por via sexual, no entanto, o HPV também poderá ser propagado através do contato direto cutâneo/mucoso em verrugas e lesões não-visíveis (subclínicas) ou visíveis (clínicas) causadas pela infecção, não havendo necessidade de penetração no ato sexual para que ocorra a transmissão (BRASIL, 2014). Para De Carvalho *et al.* (2019), a utilização de preservativos é essencial e recomendável em quaisquer circunstâncias sexuais, no entanto, o contraceptivo masculino não dispõe de proteção completa contra o HPV pois deixa exposto regiões de possíveis contatos cutâneos, como saco escrotal e região pélvica, o

preservativo feminino torna-se a melhor medida profilática no ato sexual pois cobre toda a porção da vulva. Mesmo com todos os métodos contraceptivos clássicos, a vacina contra o HPV ainda é o método preventivo mais eficaz no combate à doença, uma vez que, a vacina (bi ou quadrivalente) atua na formação de anticorpos específicos para cada sorotipo de HPV (BRASIL, 2014).

Estatísticas de casos confirmados por faixa etária

Realizou-se uma pesquisa com finalidade de identificar dados com número de portadoras do vírus e das faixas etárias com percentual de infecção. Tais informações são referentes ao período de dezembro de 2013 a novembro de 2014. Abaixo os resultados foram tabulados no Excel e gerados gráficos para a análise dos mesmos (Tabela 1).

Tabela 1. Número de portadoras do vírus HPV e as respectivas faixas etárias com percentual de infecção

Idade	Número de casos com exames positivos para HPV	Percentual
11	9	0,1%
12-14	155	2,18%
15-19	2.799	37,8%
20-24	4.454	60%

Fonte: SILVA *et al.*, 2018.

Com referência, pode-se observar que o maior índice está em mulheres de 20 a 24 anos com um total de 4.454 (60%) casos. A prevalência menor pertence às meninas de até 11 anos, com nove casos (0,1%).

CONCLUSÃO

É indiscutível que o CCU ligado à infecção pelo vírus HPV está crescendo a cada dia e que, de acordo com os dados levantados no presente estudo, foi observada a sua grande prevalência. Portanto, a conscientização e a profilaxia em relação a estas duas doenças se fazem de extrema necessidade, apesar da vacinação contra o vírus já ser disponibilizada para a população, a maioria dos cidadãos, por falta de conhecimento e desinteresse, não procuram a imunização, entretanto, foi observado que o desenvolvimento para o câncer depende muito do estilo de vida mulher, sua alimentação principalmente, e entre outros fatores problemáticos. Portanto, é inegável a participação dos meios de saúde fornecendo vacinações e os exames necessários, além de implementações para uma melhor conscientização de todas as pessoas para uma boa qualidade de vida, tendo como principal foco as mulheres, que todos os anos têm a taxa de mortalidade cada vez mais elevada devido tal enfermidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, E.S. et al. Vivência acadêmica na capacitação de agentes comunitários de saúde em papiloma vírus humano e câncer de colo de útero. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, p. 8468, 2020.

ARAÚJO, Zilene Pinto de. Oncogênese por papiloma vírus humano Papanicolau convencional e em meio líquido. Dissertação (Trabalho de conclusão de curso em Biomedicina) - Faculdade de Biomedicina, Centro Universitário de Brasília, Rio de Brasília, 2015.

BARCELOS, Mara Rejane Barroso et al. Qualidade do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 51, 67, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Guia de perguntas e respostas para profissional de saúde. 2014.

CANTÃO, B.C.G. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer atendidos na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia Dr. Vitor Moutinho no município de Tucuruí-PA. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, p.16410, 2020.

CASTLE, P.E. et al. Uma associação de inflamação cervical com neoplasia cervical de alto grau em mulheres infectadas com papilomavírus humano (HPV) oncogênico. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, v. 10, p. 1021, 2001.

CLIFFORD, G.M. et al. Tipos de papilomavírus humano em câncer cervical invasivo em todo o mundo: uma meta-análise. *British Journal of Cancer*, v. 88, p. 63, 2003.

CORRÊA, L.D. Diagnósticos de Enfermagem mais Prevalentes na Internação de Pacientes com Câncer de Colo de Útero no Hospital de Câncer II. 35 f. Monografia (Especialização em Enfermagem em Oncologia) – Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, 2011.

DA ROSA, M.I. et al. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 953, 2009.

DE CARVALHO, K.F. et al. A relação entre HPV e Câncer de Colo de Útero: um panorama a partir da produção bibliográfica da área. 2019.

DOS SANTOS, Rafaela Alcântara. Câncer colorretal; tipos, estágios, marcadores e tratamento. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Faculdade de Farmácia, Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2012.

FETT-CONTE, A.C. et al. A importância do gene p53 na carcinogênese. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 24, p. 85, 2002.

HPV – O câncer de colo de útero e a importância do Papanicolau. KASVI, 2019. Disponível em: <<https://kasvi.com.br/hpv-cancer-colo-uterio/>>. Acesso em: 13 nov. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

LIU, H. et al. A amplificação genômica do gene da telomerase humana (hTERT) associada ao papilomavírus humano está relacionada à progressão da displasia cervical uterina para câncer invasivo. *Diagnostic Pathology*, v. 7, p. 147, 2012.

Medical Art Inc. Papanicolaou (Pap) smear. Shown are a cervical scrap esmear (top), a cervical swab smear (bottom left), and an endocervical aspirator (bottom right). Disponível em: <<https://www.shutterstock.com/image-illustration/papanicolaou-pap-smear-shown-cervical-scrape-470208380>>. Acesso em: 13 nov. 2020

PARO, C.A. et al. Análise das experiências da Comunidade de Práticas sobre o enfrentamento do câncer de colo de útero. *Revista de Educação Popular*, v. 19, p. 176, 2020.

Prevenção e tratamento do HPV. FIOCRUZ, 2018. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/prevencao-e-tratamento-do-hpv>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

QUEIROZ, L.B. de. Avaliação da expressão das proteínas p53 e prb em cacarcinoma escamocelular e papilomas orais pelo método imuno-histoquímico. Universidade Federal Da Bahia. Instituto De Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação Em Imunologia. Bahia, 2006.

RIVOIRE, W.A. et al. Biologia molecular do câncer cervical. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 6, p. 447, 2006.

SANTOS, A.L.F. et al. Resultados histológicos e detecção do HPV em mulheres com células escamosas atípicas de significado indeterminado e lesão escamosa intra-epitelial de baixo grau na colpocitologia oncológica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 26, p. 457, 2004.

SILVA, Anny Karoliny Davi et al. PREVALÊNCIA DE CÂNCER DE COLO UTERINO PELO HPV EM MULHERES, CRIANÇAS E JOVENS DE MATO GROSSO ENTRE 2013 E 2014. TCC-Biomedicina, 2018.

SIMONSEN, M. et al. Presença de sintomas no momento do diagnóstico da recorrência do câncer do colo do útero está relacionada com pior prognóstico? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, p. 36, v. 569, 2014.

TOSCANO, B. de A.F. et al. Câncer: implicações nutricionais. *Comunicação em ciências da saúde*, v. 19, p. 171, 2008.

WILEY, D. MASONGSONG, E. Papilomavírus humano: o fardo da infecção, *Levantamento Obstétrico e Ginecológico*: junho de 2006 - Volume 61 - Edição 6.

FILIAÇÃO

¹ Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes - UNIT, Aracaju, SE.

² Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU, Aracaju, SE.

³ Enfermeira e pós-graduanda em cardiologia e hemodinâmica pela Universidade Tiradentes, Aracaju, SE.

⁴ Discente do Curso de Medicina da Universidade Tiradentes - UNIT, Aracaju, SE.

⁵ Enfermeira pela Universidade Tiradentes, Sergipe, SE. Especialista em Auditoria em Enfermagem pela Faculdade Venda Nova do Imigrante-FAVENI, Gestão e Enfermagem do Trabalho pela Universidade Cândido Mendes-UCAM.

⁶ Médico, professor adjunto do curso de medicina pela Universidade Tiradentes e Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE.

AUTORES

LUCAS SIQUEIRA DOS SANTOS¹

VITORIA CAROLINA DE SANTANA SOUZA²

VICTÓRIA SANTOS ALVES¹

LAYANE ESTEFANY SIQUEIRA DOS SANTOS³

MARCELA DA SILVA SANTOS²

MÉRCIA ROCHA SOUZA²

ALANA HEWYLIN DE ASSIS OLIVEIRA²

LARISSA FERREIRA SALES¹

RAQUEL SANTOS ALVES²

ELLEN RAYANE SANTOS DE MENEZES¹

MYLENE CRYSTINA DOS SANTOS FERNANDES¹

MARIA ADRIELY CUNHA LIMA⁴

MÁRCIA NASCIMENTO SANTOS¹

TATIANE DE OLIVEIRA SANTOS⁵

HALLEY FERRARO OLIVEIRA⁶

Palavras-chave: Violência; Obstetrícia; Sinais.

INTRODUÇÃO

A Violência Obstétrica (VO) é qualquer tipo de violência que aconteça durante a gestação, puerpério e parto, tanto no pré-natal, quanto no trabalho de parto e pós-parto. Consideram-se como VO as ações realizadas por profissionais de saúde que vão desde a demora na assistência, como recusa de internações nos serviços de saúde, recusa na administração de analgésicos, maus tratos físicos, verbais e/ou psicológicos, desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, realização de procedimentos coercivos ou não consentidos, entre outros. O problema é que essas práticas podem

ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher (ZANARDO *et al.*, 2017).

Os profissionais de saúde utilizam-se da sua autoridade e conhecimento técnico-científico para impor soberania nas usuárias/gestantes. Tais atitudes geram uma fragilização no vínculo profissional-usuário e conseqüentemente uma crise de confiança entre cliente e profissional. Essas atitudes também acarretam na perda da autonomia da mulher e do livre direito de decidir sobre seu corpo. Estas relações são estabelecidas pela imposição de uma autoridade unilateral, criando um terreno fértil para a consolidação das diferentes formas de violência exercidas durante a assistência ao trabalho de parto (JARDIM & MODENA, 2018)

Dentre as práticas desnecessária realizadas de forma rotineira em partos normais destaca-se a realização da episiotomia. Este procedimento é considerado VO quando é realizado sem o consentimento ou conhecimento prévio da mulher ou mesmo sem que sejam transmitidas as devidas informações sobre os riscos envolvidos. Diante dessa problemática vivenciada no país, o Ministério da Saúde (MS) implementou no SUS a Política Nacional de Humanização e a Rede Cegonha, como forma de estratégias que visam um conjunto de boas práticas relacionadas à atenção e aos cuidados humanizados desde o pré-natal até o parto e puerpério (DONELLI & PALMA, 2017).

Além disso, a Organização Mundial da Saúde divulgou em 2014 uma declaração intitulada como “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. É evidente que tais estratégias foram implantadas para minimizar esses índices, porém não foram suficientes para modificar a assistência em saúde advindas da VO no Brasil. Entretanto, esse cenário não é diferente nos países da América Latina, pois poucos países estabeleceram leis ou decretos com o objetivo de abolir a VO (GARCÍA & FERNÁNDEZ, 2018).

Os países que ganharam destaque nessa temática em relação a criação de políticas públicas de combate a esse tipo de violência foi a Venezuela, Argentina e México, onde os mesmos possuem em suas constituições leis que visam à proteção, humanização e prevenção desse abuso (GARCÍA; FERNÁNDEZ, 2018). Diante dessa problemática, o estudo tem como objetivo realizar uma análise acerca das práticas consideradas violentas na atenção obstétrica durante o processo de parturição e enfatizar algumas políticas públicas adotadas ao redor do mundo para minimizar a VO.

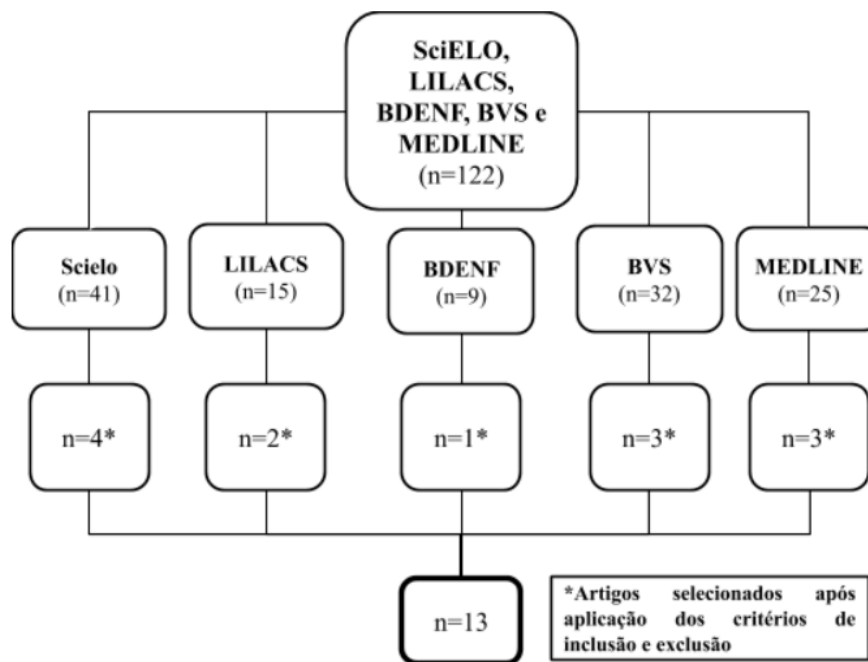
MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura. Este tipo de pesquisa é definido como método que permite analisar as informações de um determinado assunto por meio da síntese dos resultados de estudos anteriores (MENDES *et al.*, 2008). Para isso, seguiu-se as seis etapas: reflexão sobre a temática abordada; seleção e procura de artigos; significação das informações a serem retiradas dos estudos selecionados; avaliação crítica dos trabalhos selecionados; apresentação da revisão integrativa; e discussão dos resultados.

Foram utilizadas as bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram escolhidas as seguintes palavras-chaves: “Violência”; “Obstetrícia”; “Sinais”. Além disso, foi usado o operador lógico booleano “AND” entre os descritores para a estratégia de busca nas bases de dados.

Foram utilizados como critérios de inclusão os textos que tratavam de maneira clara e concisa o tema abordado, publicados entre os anos de 2015 a 2020, com acesso livre, disponível na íntegra, nos idiomas em português, espanhol e inglês. Foram excluídos os artigos cujo título e resumo não correspondiam ao objetivo do presente estudo. Após a aplicabilidade dos critérios citados acima, e considerando apenas artigos relacionados com foco na identificação dos sinais de VO, foram encontrados 122 artigos nas bases de dados citadas acima, todavia, somente os trabalhos classificados como mais relevantes nas bases de dados (46 artigos) foram lidos e analisados. Após o uso dos critérios de elegibilidade foram selecionados 13 artigos científicos para integrar a atual revisão (Figura 1).

Figura 1. Esquematização da busca metodológica nas bases de dados



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 13 publicações analisadas no estudo, a maior parte foram encontradas na base de dados SciELO (30,7%), seguida pela BVS (23%), MEDLINE (23%), LILACS (15,3%) e BDENF (7,6%). E quanto aos idiomas abordados nos artigos selecionados: 46,1% se encontravam em português (N=6), 38,4% em inglês (N=5) e 15,3% em espanhol (N=2). Após leitura, análise e seleção dos artigos para composição do presente trabalho, foi realizada uma nova leitura dos materiais selecionados para melhor detalhamento. Assim foi construída a Tabela 1 com as disposições dos artigos quanto a título, autor, ano de publicação, periódicos, objetivo tipo de estudo e desfecho.

Tabela 1. Síntese dos resultados dos artigos incluídos na revisão integrativa

Título	Autor e ano	Periódico	Objetivo	Tipo de estudo	Desfecho
Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal	LIMA <i>et al.</i> , 2017	Acta Paulista Enfermagem	Identificar os sintomas de depressão durante a gestação associando às variáveis sociodemográficas, obstétricas e de saúde.	Estudo longitudinal	Observou-se um aumento dos sintomas de depressão durante a gestação. Os fatores associados foram: maior escolaridade, planejamento da gravidez e sofrer ou ter sofrido violência psicológica.
Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes	LANSKY <i>et al.</i> , 2019	Ciência e saúde coletiva	Incentivar o parto normal para promover a saúde e melhorar a experiência de parir e nascer no País.	Estudo transversal multicêntrico e multimétodos com componente quantitativo e qualitativo	Contribuir para a mudança da cultura da sociedade, por meio da valorização do parto normal e a diminuição de intervenções desnecessárias, contribuindo assim para mobilização social sobre as práticas na assistência ao parto e nascimento.
Conocimiento y vivencias de violencia obstétrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto	NASCIMENTO <i>et al.</i> , 2019.	Revista Enfermería Actual	O objetivo do trabalho e verificar o conhecimento das mulheres acerca da VO durante o trabalho de parto.	Estudo qualitativo descritivo	Observou-se que a maioria das mulheres entrevistadas tem baixo conhecimento acerca dos tipos de VOs durante o parto.
Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal	CARVALHO & BRITO, 2017.	Revista enfermagem global.	Identificar os tipos de VO vivenciada pelas puérperas que tiveram parto normal.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa	Levando em consideração uma assistência de qualidade durante o parto, os profissionais da saúde devem garantir um atendimento de digno, respeitoso e de qualidade.
Women's knowledge about obstetric violence: a systematic review	VIEIRA <i>et al.</i> 2020.	Brazilian Journal of Health Review	Identificar o nível de conhecimento das gestantes em relação a VO e sua tipologia.	Revisão sistemática	As pacientes geralmente ficam como coadjuvante no processo de parturição e acabam se submetendo a procedimentos incômodos por vergonha de se impor.
Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco	ANDRADE <i>et al.</i> , 2016	Revista Brasileira de Saúde Maternidade Infantil	Analisar as causas associadas à VO conforme as práticas não indicadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife.	Estudo transversal, prospectivo	Mesmo com o incentivo do Ministério da saúde em pró de uma assistência humanizada, ainda é visível um quantitativo elevado de casos de VO, levando a resultados longe do que se é esperado.

Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics.	JARDIM & MODENA, 2018.	Revista Latino-americana de enfermagem	Analisar e identificar a VO discutindo suas principais características na assistência ao ciclo gravídico e puerperal.	Revisão integrativa da literatura.	A VO é um grave problema de saúde pública, além de ser uma violação dos direitos humanos, revelada nos atos negligência e imprudência.
Violência obstétrica em mulheres brasileiras	DONELLI & PALMA, 2017.	Psico	Verificar a frequência da VO em mulheres brasileiras.	Estudo quantitativo, descritivo, transversal, de alcance correlacional e preditivo	Os profissionais devem repensar a maneira como estão desempenhando suas funções na sua prática de saúde diária e as vítimas devem denunciar episódios de possíveis violências que a mesma sofrer durante a gravidez. O estudo deu voz a estas mulheres e as mesmas se sentiram mais confortáveis em falar sobre o ocorrido em um estudo futuro.
Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica	CARNIEL <i>et al.</i> , 2019	Journal of nursing and health	Relacionar a episiotomia de rotina com a VO, através de revisão de literatura.	Revisão integrativa de literatura	Existem indícios na literatura científica de VO na realização da episiotomia de rotina.
Obstetric violence in health services: verification of attitudes characterized by dehumanization of care	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2019	Revista enfermagem UERJ	Identificar na literatura atitudes pertinentes a assistência à saúde da mulher durante a gestação que pode ser classificada como VO.	Revisão integrativa de literatura	É importante combater a VO para que se tenha uma assistência digna às gestantes e seus futuros filhos.
Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa	ZANARDO, 2017.	Psicologia e sociedade	Encontrar nas bases científicas os principais estudos a respeito da VO.	Revisão narrativa	É preciso promover uma assistência adequada para às gestantes, garantindo que todos os procedimentos sejam regularizados, claros e organizados, e propiciem um ambiente mais seguro e tranquilo.
A slash in the soul: how parturients and “doulas” mean the obstetric violence that experience	SAMPAIO <i>et al.</i> , 2019	Revista de estudos feministas	Analisar a VO como forma de violência de gênero e observar como às vítimas vivenciaram e significam a violência ocorrida.	Análise de narrativas	Episódios de violência para gestantes só diminuirão com a capacitação e humanização dos futuros profissionais da saúde, além da viabilização e denúncia dos ocorridos.
Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile	GARCÍA & FERNÁNDEZ, 2018.	Revista de Derecho	Analisar a legislação de alguns países latino-americanos em relação a VO.	Revisão bibliográfica	Grande parte dos países latino-americanos carecem de legislações a respeito da VO.

Como abordado nos anteriormente, a maioria dos estudos mencionaram a presença da VO para com as gestantes. Donelli e Palma *et al.* (2017) descreveram, em uma amostra de 1.626 mulheres, brasileiras diferentes formas de VO, em que 52,3% das mulheres relataram inferioridade, insegurança e vulnerabilidade durante o parto. Já 42,2% das gestantes mencionaram ter dificuldade em sanar dúvidas devido à falta de respostas dos profissionais, o que caracteriza VO verbal por se tratar de omissão de informação e/ou orientações durante o pré-natal e o parto. Ademais, os autores também observaram a presença de VO física por meio da manobra de Kristeller, da episiotomia e dos toques vaginais repetitivos, por exemplo.

Segundo Carniel e colaboradores (2019), existem muitas controvérsias em relação a prática da episiotomia, pois esse procedimento pode causar grandes consequências para a saúde da mulher, como por exemplo: mutilação genital, incontinência urinária, perda do prazer sexual, infecção local, além de atingir a integridade e autonomia da mulher. Só é indicada a realização da episiotomia nos seguintes casos: parto prematuro, parto cirúrgico vaginal, disfunção pélvica, macrosomia fetal com risco de laceração perineal grave, visando evitar distocia de ombro e sofrimento fetal.

Sampaio *et al.* (2019) descreveram a humanização e a capacitação dos profissionais da saúde como uma forma de resolver os casos de VO, já que foi observado que a informação e o empoderamento são essenciais quando trata-se desse assunto, contudo não são suficientes para evitá-lo. Andrade *et al.* (2016) mencionaram a intervenção do MS para melhora da assistência ao parto, tornando-o mais humanizado e apresentando resultados positivos, todavia, um grande número de gestantes ainda sofrem VO, totalizando 86,75% de uma amostra de 603 puérperas.

A revisão sistemática dos autores Vieira *et al.* (2020), discutiu acerca da falta de conhecimento das parturientes sobre a temática, assim como foi visto no estudo de Lansky *et al.* (2019), visto que em uma amostra 542 entrevistadas, 12% afirmaram, espontaneamente, ter sofrido violência institucional na atenção ao parto, após os autores descreverem as diferentes formas de abuso e maus tratos houve um aumento para 25% de gestantes que relataram o mau trato. O artigo também relatou o fato do índice de VO (12,6%) ter sido subestimado, decorrente do desconhecimento e da desinformação das mulheres sobre isso. O mesmo problema foi descrito por Nascimento *et al.* (2019) em que a maioria das mulheres entrevistadas não tinham informações sobre o tema.

Lima *et al.* (2017) observaram um aumento dos sintomas depressivos durante o período gestacional, sendo que no estudo foi constatado que 38,5% das gestantes analisadas apresentaram algum sintoma depressivo como ansiedade, preocupação, sentimento de culpa e ideação suicida durante a gestação. Oliveira *et al.* (2019) buscavam compreender como as práticas e atitudes no tocante da assistência à gestante no ciclo gravídico-puerperal, que poderiam ser caracterizadas como VO. Por meio de uma busca na literatura, os autores puderam constatar diversos problemas, que vão desde a peregrinação em busca de um atendimento obstétrico, versando sobre a falta de orientação e privacidade, bem como indiferença dos profissionais de saúde ao não passar tais orientações às mulheres. Assim Oliveira *et al.* (2019) enfatiza a necessidade de uma adequada assistência às mulheres e seus recém-nascidos.

García e Fernández (2018), apresentaram em seu estudo a Lei 25.929, que vigora na Argentina. Segundo eles, os profissionais da saúde têm o compromisso de informarem às gestantes sobre as intervenções que às mesmas estão sendo submetidas durante o parto, garantindo assim o respeito, à privacidade e a cultura das usuárias. Ainda na Argentina, desde 2009 foram implantadas as Maternidades Seguras e Centradas na Família, um programa governamental que têm como

objetivo respeitar e proteger os direitos das gestantes em trabalho de parto e puerpério, além de transformar pais e mães em coprotagonistas no processo de gravidez. Já no Chile, a Lei 20.584 estabelece que a mulher tem direito de escolher entre o parto normal ou cesárea, além do direito a reclamação referente aos cuidados recebidos durante o parto.

Na Venezuela, em 2017, foi sancionada a Lei Orgânica Sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, na qual defende seus direitos contra qualquer tipo de violência, principalmente a obstétrica. Na Argentina, vigora a Lei do Parto Humanizado, que estabelece os direitos das gestantes em trabalho de parto e puerpério, sendo assegurada a proteção e autonomia da mulher. O México é outro país que dispõe de lei para combater a VO, conhecida como Lei do Acesso a uma Vida Livre de Violência, esta defende os direitos da mulher bem como o poder da mesma sobre o seu próprio corpo e os processos de reprodução (GARCÍA & FERNÁNDEZ, 2018).

É válido salientar que a luta pela humanização do parto iniciou-se em 1980, em países como França, Estados Unidos e Inglaterra, em que o objetivo era reduzir as intervenções realizadas e tornar a mulher a protagonista, participando ativamente de todo processo. A pesquisa feita por Carvalho e Brito (2017) na região Nordeste do Brasil constatou que as mulheres em trabalho de parto normal sofrem agressões verbais e pressão psicológica constantes pelos profissionais da Saúde. Jardim e Modena (2018) observaram que, das 425 puérperas entrevistadas, 49,4% sofreram algum tipo de ato desumano no atendimento e 19,5% foram pressionadas a não expressarem seus medos ou inquietudes. Tais atitudes da equipe de saúde traumatizam as gestantes.

“Os profissionais de saúde devem atuar no sentido de garantir um atendimento digno, com qualidade e tratamento respeitoso, considerando os direitos conquistados pelas mulheres no campo obstétrico.” (CARVALHO & BRITO, 2017, p.87).

CONCLUSÃO

Diante da problemática discutida é evidente a falta de conhecimento dos profissionais e das puérperas em relação a VO sofrida no momento do parto (físicas ou psicológicas) praticadas pela equipe de saúde. Todavia, se faz necessário enfatizar a educação em saúde nas consultas de pré-natal para que as parturientes tenham o conhecimento dos sinais e do tipo de violência que podem ocorrer no momento do parto e durante sua gestação. Além disso, as instituições de saúde devem persistir na qualificação dos seus profissionais de forma que seja possível prestar uma assistência de boa qualidade, com escuta qualificada, trazendo um ambiente harmonioso e humanizado para a gestante.

Por conseguinte, torna-se visível que tanto o Brasil quanto os países da América Latina precisam adotar medidas e mudanças mais rígidas nas suas constituições no que se refere a temática apresentada, pois é um problema de saúde pública que provoca diversos prejuízos à saúde da mulher. A aprovação dessas leis permite uma abordagem com potencial promissor, pois visam dar autonomia às mulheres e familiares na busca da reivindicação dos seus direitos aos cuidados de saúde livre de qualquer tipo de dano ou maus tratos obstétricos. Dessa forma, é imprescindível que as mulheres tenham conhecimento sobre os atos violentos aos quais são submetidas no momento do parto, sendo preciso fortalecer o papel da mulher como protagonista, tornando-as participantes ativas de todo o processo e priorizando sempre um atendimento humanizado, empático e respeitoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, P.O.N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, p. 29, 2016.
- CARNIEL, F. *et al.* Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. *Journal of Nursing and Health*, v. 9, e199204, 2019.
- CARVALHO, S.I. & BRITO, R.S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. *Enfermería Global*, v. 16, p. 71, 2017.
- GARCÍA, L.I.D. & FERNÁNDEZ, Y. Situación legislativa de la violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho*, n. 51, p. 123, 2018.
- JARDIM, D.M.B. & MODENA, C.M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 26, e3069, 2018.
- LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2811, 2019.
- LIMA, M.O.P. *et al.* Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, p. 39, 2017.
- MENDES, K.D.S. *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, v. 17, p. 758, 2008.
- NASCIMENTO, S.L. *et al.* Conocimiento y vivencias de violencia obstetrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto. *Enfermería Actual de Costa Rica*, n. 37, p. 66, 2019.
- OLIVEIRA, L.L.F. *et al.* Violência obstétrica em serviços de saúde: constatação de atitudes caracterizadas pela desumanização do cuidado. *Enfermagem UERJ*, v. 27, e38575, 2019.
- PALMA, C.C. & DONELLI, T.M.S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, v. 48, p. 216, 2017.
- SAMPAIO, J. *et al.* A slash in the soul: how parturients and “doulas” mean the obstetric violence that experience. *Revista Estudos Feministas*, v. 27, e56406, 2019.
- VIEIRA, T.F.S. *et al.* Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica: Uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, p. 9912, 2020.
- ZANARDO, GLP. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. v. 29, p 1, 2017.

108

ANÁLISE DO IMPACTO DOS FATORES DE RISCO DE TRANSTORNOS EMOCIONAIS RELACIONADOS AO PÓS-PARTO

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga - FADIP, Faculdade de Medicina, Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil.

² Docente da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga - FADIP, Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil.

AUTORES

ULLY JAQUES¹

MARIA LUIZA FEITOZA NOLASCO ALVES¹

MARIA LUIZA WERNECK ELIZEU¹

BÁRBARA FERRAREZ SENRA COSTA E SILVA¹

MARIANA LIMA RODRIGUES PEREIRA¹

LINDISLEY FERREIRA GOMIDES²

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Fatores de risco; Saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem sido observado um aumento expressivo nos estudos sobre o puerpério, também conhecido como resguardo ou quarentena. Esse nome é dado ao período que tem início logo após o parto e se estende até que o organismo da mulher volte ao estado anterior à gravidez. Por ser uma fase marcada por alterações físicas, hormonais, psíquicas e sociais, é comum a ocorrência de transtornos mentais, entre esses a depressão pós-parto (DPP) (COBURN *et al.*, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a depressão é considerada uma síndrome psiquiátrica que acomete uma boa parte da população mundial e tem como principais características os distúrbios de humor e a irritabilidade (BRASIL, 2019). Essa doença pode ser agravada por fatores extrínsecos e intrínsecos, que podem surgir em indivíduos de ambos os sexos e em qualquer faixa etária. Nessa perspectiva, pesquisas apresentam sinais e sintomas significativos na DPP com grande incidência em gestantes e puérperas, ocasionados pelas mudanças de caracteres subjetivo e biológico pelas quais a mulher está vulnerável nesse período e que podem contribuir para a evolução dos sintomas depressivos (FU I *et al.*, 2000).

O puerpério é um período naturalmente delicado em que a mulher encara, ao mesmo tempo, sua fragilidade física, psíquica e social. Nessa fase puerperal, o organismo da mulher passa por diversas alterações hormonais que causam diversos tipos de distúrbios de humor, pois os hormônios mantidos em alta durante a gravidez irão sofrer queda brusca após o parto. Por isso, o pós-parto é considerado um período de alto risco para o aumento de sintomas depressivos que prejudicam a relação mãe-filho (CAMACHO *et al.*, 2006).

O quadro tem início logo no primeiro mês de vida da criança ou em até um ano depois. Geralmente, a sintomatologia da DPP não difere da sintomatologia dos episódios de alteração de humor que ocorrem além do puerpério. São comuns manifestações de desânimo persistente, sentimento de culpa, ideias suicidas, ideias supervalorizadas e obsessivas (PITTA, 2019), choro fácil, irritabilidade, flutuações do humor, tristeza, fadiga, dificuldade de concentração, insônia e ansiedade que, caso não sejam abordados com devido cuidado, podem potencializar a DPP e evoluir para a sua forma crônica e mais crítica, abalando a saúde da mulher e de seu filho. Crianças geradas por mães já doentes têm maior risco de nascer com baixo peso, além de, posteriormente, apresentarem déficit no crescimento e desenvolvimentos cognitivo e motor (CANTILINO *et al.*, 2010).

A ocorrência da DPP pode ser extremamente preocupante, tanto para a mãe quanto para a criança, em razão da evolução do quadro para transtornos psicoafetivos (MAYOR-SOTTO & PICCININI, 2005). No Brasil, a DPP atinge uma em cada cinco mulheres e, apesar disso, menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento e 50% dos casos da doença surgem no início da gestação, mas não são detectados (RUSCHI *et al.*, 2007). Este dado sugere que há uma alta prevalência de transtornos depressivos maternos, os quais representam uma preocupação humana, social e econômica para as mulheres, seus bebês, suas famílias e a sociedade, constituindo um grande desafio para a saúde pública. Ademais, reforçam a necessidade cada vez maior de pesquisa sobre a doença, que na maioria dos casos não é diagnosticada, revelando que, apesar do impacto negativo que a DPP provoca na saúde das mulheres, ainda existem inúmeros obstáculos impedindo os cuidados necessários.

Nesse sentido, o presente estudo se propôs a reunir dados recentes da literatura sobre o tema, a fim de avaliar os principais fatores de risco para a DPP e seus impactos na relação mãe-filho, na dinâmica psicossocial e familiar e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança. Levando em consideração as informações supracitadas, no âmbito da medicina, compreender os fatores que agravam e aumentam os casos de DPP é de suma importância para um tratamento correto. Academicamente, os resultados do presente trabalho podem reforçar o tema e estimular a continuidade de pesquisas relacionadas, enriquecendo estudos científicos da área.

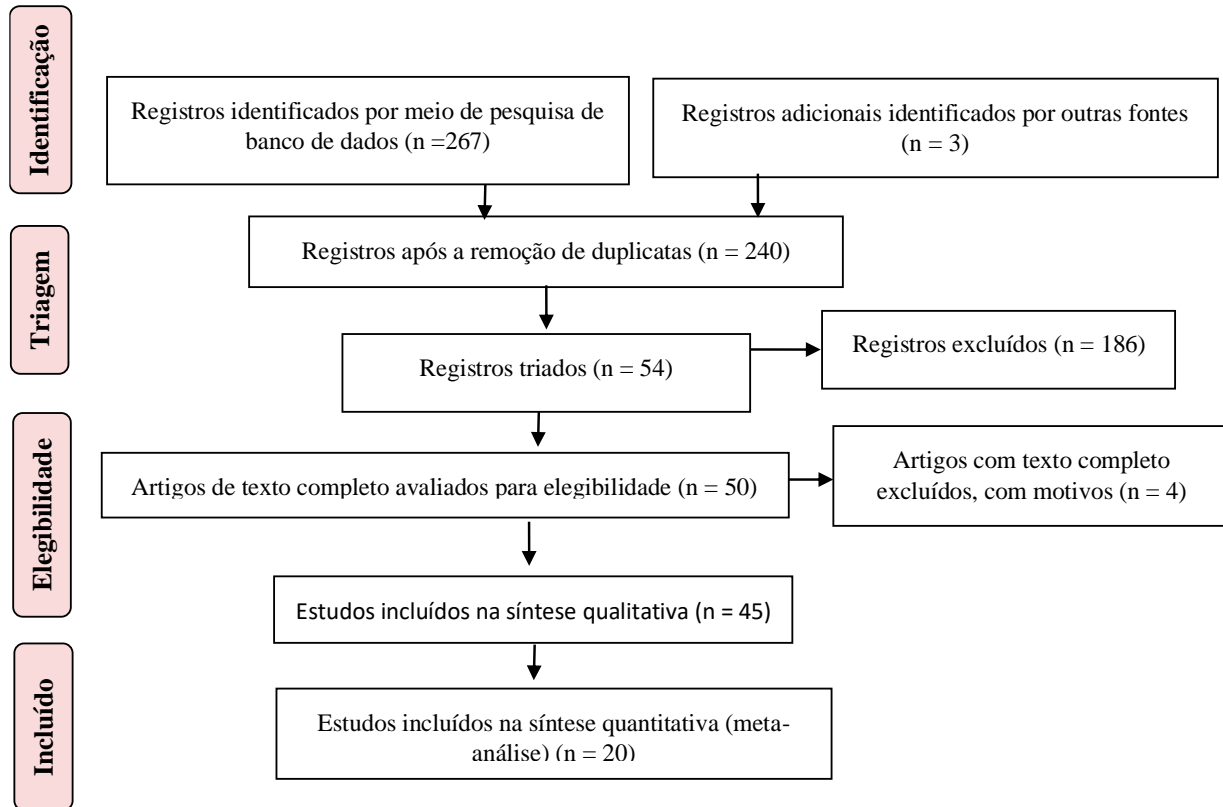
MÉTODOS

A pesquisa foi realizada nos meses de março e abril do ano de 2019, com base nos indexadores eletrônicos *United States National Library of Medicine* (PubMed), *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Inicialmente, foi realizada uma pesquisa geral sobre o tema a fim de investigar as publicações do tema proposto. Para tal, foi usado o descritor depressão pós-parto (título), mostrando o grande número de pesquisas. Em seguida, foram utilizados os descritores *depressão pós-parto*, *fatores de risco e saúde da mulher*, em português e inglês, associando os três descritores entre si de acordo com as exigências de cada plataforma, com o propósito de filtrar as informações e o número de artigos para melhor análise de dados dentro da proposta abordada.

Para a escolha dos artigos elegíveis, com os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, idiomas português e inglês e dos últimos seis anos (2014-2019), cujas variáveis analisadas foram os fatores de risco associados à DPP e a qualidade de vida da mulher. Foram considerados como critérios de exclusão:

artigos de revisão, repetidos ou que abordavam outras doenças associadas à DPP. Inicialmente, a pesquisa foi realizada através da leitura dos títulos, depois de selecionados os estudos que abordavam o tema, realizou-se a leitura dos resumos para a seleção final do material da pesquisa. A Figura 1 representa o diagrama de pesquisa realizado de acordo com os critérios do Grupo Prisma (MOHER, D. *et al.*, 2009).

Figura 1. Diagrama de pesquisa



Fonte: MOHER *et al.*, 2009.

Seguida da exclusão dos artigos incompatíveis, foi iniciada a montagem de uma tabela e de gráficos, com o intuito de visualizar melhor as informações obtidas até então e organizar os estudos de forma cronológica. Posteriormente, todos os autores realizaram a leitura na íntegra dos artigos selecionados e iniciaram a elaboração da discussão dos dados para levantar o debate proposto inicialmente.

Após a seleção, foram separados os trabalhos que evidenciaram dados estatísticos para a montagem da Tabela 1. Por fim, foi realizada a análise agrupada destes estudos que avaliaram os riscos, usando *Odds Ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC 95%), para o desenvolvimento de DPP por meio de meta-análise através do programa *Review Manager (RevMan)*, versão 5.4, *The Cochrane Collaboration*, 2020, com o intuito de validar a qualidade do estudo.

Tabela 1. Análise de dados os trabalhos selecionados.

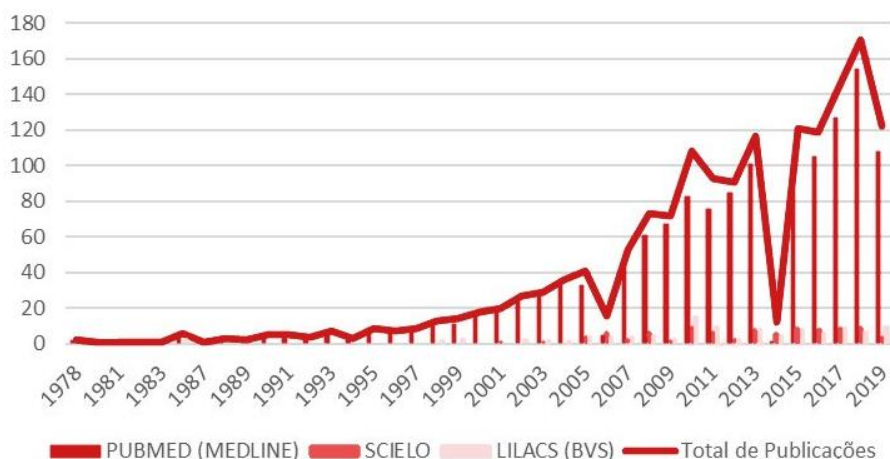
<i>Artigo</i>	<i>Tipo de Estudo</i>	<i>País de Estudo</i>	<i>EPDS</i>	<i>Total</i>	<i>Odds Ratio (IC 95%)</i>	<i>Tipos de Risco</i>
<i>Bayrampour et al. (2015)</i>	Estudo De Coorte Longitudinal	Canadá	EPDS ≥ 13	n=3021	[OR]= 6,44; 95% [IC]: 4,49-9,33. [OR]= 3,73; 95% [IC]: 2,60-5,34.	Baixo apoio social Histórico de distúrbios emocionais (HDE)
<i>Brittain et al (2015)</i>	Estudo Longitudinal	África do Sul	BDI-II≥20	n=726	[OR]= 2,4; 95% [IC]: 1,6- 3,4 [OR]= 2,0; 95% [IC]: 1,3-3,0.	Violência doméstica por parceiro íntimo (VPI) Gravidez não planejada/ desejada.
<i>Dell’Osbel et al (2019)</i>	Estudo Observacional Transversal	Brasil	PHQ ≥ 10	n=76	[OR] =1,72; 95% [IC]: 1, 08-2,74.	Já ter sofrido aborto.
<i>E-Nasreen et al (2015)</i>	Estudo Longitudinal	Bangladesh	EPDS ≥ 10	n= 588	[OR] =1,65; 95% [IC]: 1,08-2,50. [OR]= 2,95; 95% [IC]: 1,80-4,84. [OR]= 2,62; 95% [IC]: 1,83-3,73.	VPI HDE Baixa Renda.
<i>Fonseca-Machado et al (2015)</i>	Estudo de Regressão Logística e Linear Múltipla.	Brasil	EPDS ≥ 12	n=358	[OR]= 5,14; 95% [IC]: 2,90-9,11.	VPI
<i>Hartmann JM et al. (2017)</i>	Estudo De Delineamento Transversal.	Brasil	EPDS ≥ 10	n= 2.687	[OR] = 2,71 95% [IC]: 2,17-3,38.	Possuir dois ou mais filhos.
<i>Honjo et al. (2018)</i>	Estudo De Coorte De Larga Escala	Japão	EPDS ≥ 13	n= 86.490	[OR]= 1,56; 95% [IC]: 1,36-1,8.	Baixa Renda.
<i>Islam et al. (2017)</i>	Estudo Transversal	Bangladesh	EPDS > 10	n= 426	[OR] = 20,41; 95% [IC]: 11,14-37,38. [OR] = 8,48; 95% [IC]: 5,22-13,77	VPI HDE
<i>Lewis et al. (2017)</i>	Análise “Post Hoc”-Estudo Randomizado.	USA	EPDS ≥ 15	n = 124	[OR]= 2.068; 95% [IC]: 2.429 - 25.746	Estado Civil.
<i>Mahenge et al. (2018)</i>	Estudo Transversal	Tanzânia	PHQ≥9	n=500	[OR]= 8,18; 95% [IC]: 4,7-14,25.	VPI
<i>Martini et al (2015)</i>	Estudo Prospectivo-Longitudinal	Alemanha	-	n=306	[OR]= 4,31; 95% [IC]: 1,81-10,25. [OR]= 10,79; 95% [IC]: 3,60-32,33.	VPI HDE
<i>Nunes et al. (2015)</i>	Estudo De Coorte Prospectivo.	Brasil	EPDS ≥ 12	n= 1121	[OR] = 2,28; 95% [IC]: 1,43- 3,64.	HDE
<i>Raisanen et al. (2014)</i>	Estudo Transversal De Base Populacional.	Finlândia	-	n= 511.938	[OR] = 29,43; 95% [IC]: 27,62-31,35. [OR] = 3,14; 95% [IC]: 2,79-3,52.	HDE Idade ≤19
<i>Rogathi et al. (2017)</i>	Estudo De Coorte Prospectivo.	Tanzânia	EPDS ≥ 13	n= 1013	[OR]= 3,75; 95% [IC]: 1,21-11,67.	VPI
<i>Shakeel et al (2015)</i>	Estudo De Coorte Prospectivo.	Noruega	EPDS ≥ 10	n=749	[OR]= 3,01; 95% [IC]: 1,86-5,14. [OR]= 2,75; 95% [IC]: 1,33-5,71	Viver sem o parceiro HDE
<i>Silva et al. (2019)</i>	Estudo De Caso Controle.	Brasil	EPDS > 10	n=227	[OR] = 17,38; 95% [IC]: 2,28-132,07.	HDE
<i>Tran et al. (2019)</i>	Estudo Longitudinal.	Vietnã	EPDS ≥ 10	n=1337	[OR] = 1,30; 95% [IC]: 0,87-1,94. [OR] = 5,08; 95% [IC]: 2,58-10,02.	Idade <25 VPI
<i>Turkcapar et al. (2015)</i>	Estudo Prospectivo.	Turquia	EPDS > 13	n=671	[OR]= 6,2 95% [IC]: 2,49- 15,45. [OR]= 4,16; 95% [IC]: 1,72-10,05.	VPI HDE
<i>Vaezi et al. (2019)</i>	Estudo Transversal.	Irã	EPDS > 12	n=200	[OR] = 2,306; 95% [IC]: 1,206-4,409 [OR] = 5,292; 95% [IC]: 2,249-12,594.	HDE Gravidez não planejada/ desejada.
<i>Zeng et al (2015)</i>	Estudo Transversal	China	SDS= 43,47	n=292	[OR] = 2,33; 95% [IC]: 1,27-4,30.	Baixa Renda

Legenda: **BDI-II:** Beck Depression Inventory; **EPDS:** Edinburgh Postnatal Depression Scale; **PDEQ:** Peritraumatic dissociation indicated by scores on Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire; **PHQ:** Patient Health Questionnaire; **SDS:** Self-rating Depression Scale.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A periodicidade das publicações relacionadas à depressão em gestantes sofreu um aumento significativo ao longo das últimas décadas, fato justificado pela importância clínica que a DPP detém, associada à necessidade de uma abordagem efetiva dessa condição e dos fatores que contribuem para a sua evolução. Mediante a análise do gráfico representado na Figura 2, nota-se que, durante a década de 1940, o tema era pouco abordado no meio científico. Em 1960, foi observado um crescimento da literatura científica acerca do assunto, porém, ganha consistência real a partir do fim do século XX. No Brasil, o MS criou, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em resposta aos fortes movimentos feministas, baseando sua assistência nos princípios da integralidade do corpo, da mente e da sexualidade de cada mulher (BVS, 2013). A partir de então, foi possível observar o grande auge das publicações relacionadas ao tema e a valorização do papel da mulher na sociedade através da visualização do ápice da curva quantitativa nos últimos anos.

Figura 2. Análise da periodicidade dos artigos publicados sobre DPP e gestantes, utilizando apenas o descritor *Postpartum depression*



Para melhor compreender o aumento do número de pesquisas sobre a DPP, é necessário analisar os fatores de risco associados. Após a avaliação dos estudos, foi possível observar que algumas razões sociais agravam as chances de desenvolvimento da doença, tais como falta de apoio familiar e social, violência, destacando a doméstica (ROGATHI *et al.*, 2017) (Figura 3), dificuldades socioeconômicas (ZENG *et al.*, 2015) e níveis de escolaridade (HONJO *et al.*, 2018). Em relação ao maior índice natural de sensibilidade, ansiedade e depressão da mulher, fatores pessoais e individuais das puérperas também podem ser um estopim para a enfermidade, como, por exemplo, antecedência de distúrbios psicológicos (DELL'OSBEL *et al.*, 2019) (Figura 4), idade (RÄISÄNEN *et al.*, 2014), filhos anteriores a gestação, já terem realizado cesariana (SALGADO, 2017) e gravidez não desejada ou não planejada (BRITTAIN *et al.*, 2015).

Figura 3. Forest Plot para probabilidade de desenvolvimento de DPP em mulheres que sofreram qualquer tipo de VPI

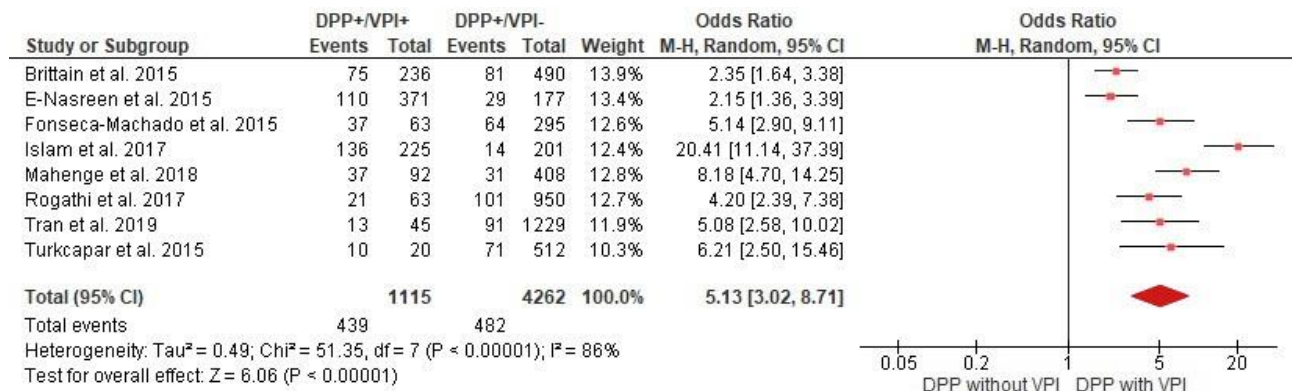
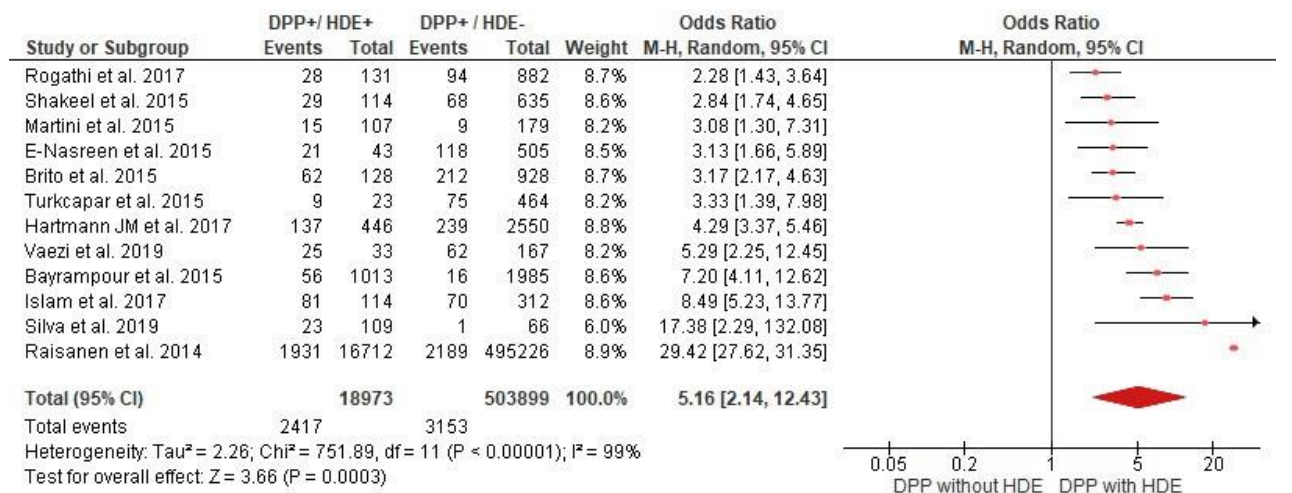


Figura 4. Forest Plot para probabilidade de desenvolvimento de DPP em mulheres que tiveram HDE



Com destaque para a importância do apoio social (BAYRAMPOUR *et al.*, 2015), um estudo realizado por Frizzo *et al.* procurou investigar o apoio recebido por mães adolescentes e adultas, desde a gestação até o terceiro mês de vida do bebê. O fato de se tornar mãe jovem faz necessária a solicitação de mais apoio de familiares e outras pessoas em função das particularidades dessa fase de desenvolvimento. As figuras de apoio mais citadas pelas adolescentes são as mães, devido à experiência de vida e ao maior entendimento da situação (FRIZZO *et al.*, 2019). Kathree *et al.* 2014 afirmam que mulheres que não possuem apoio social e familiar têm até três vezes mais chances de desenvolver DPP. Outro fator importante é a busca de figuras fortes que transmitam confiança, apoio e a sensação de proteção. Mães adultas destacaram, além da própria mãe, o(a) companheiro(a) como apoio fundamental. Em contrapartida, muitas vezes esse apoio familiar não ocorre devido a inúmeras circunstâncias, como sérios conflitos e insatisfações conjugais, além de rejeição da família, falta de apoio material e/ou emocional, desinteresse pela criança, negação da paternidade, abuso físico e infidelidade.

O julgamento negativo da família é um fator diretamente ligado à DPP, destacando principalmente os pais e sogros das gestantes, que muitas vezes não dão apoio, ainda que a família possua o papel de proteger, dar afeto e garantir o bem-estar. Essa falta de assistência pode ter relação com o fato de, na infância, a menina ter sido educada e orientada segundo um padrão pré-estabelecido para ser mãe (GUEDES *et al.*, 2011). Tal criação, compatível aos “padrões sociais”, transmite para a mulher uma imagem idealizada de que tudo deve estar programado e adequado para a chegada do bebê, como a idade materna, condições financeiras, nível de escolaridade, moradia, número de filhos, além da necessidade imposta pela comunidade de ser casada. Por exemplo, estado civil solteira aumentou a prevalência de DPP em quase três vezes em relação com às mulheres que possuíam outro *status* social (LEWIS *et al.*, 2017). Tudo isso leva ao questionamento materno sobre a capacidade de poder ou não criar a criança, o que contribui significativamente para o ônus da depressão.

Outro adendo é o fato de que o homem também pode apresentar sintomas de DPP. Uma de suas características pode estar no trabalho excessivo e/ou em atividades que inconscientemente os fazem escapar da realidade doméstica. Uma pesquisa mostrou que a DPP masculina tem seu ápice entre o 3º e o 6º mês do pós-parto, período em que sua ocorrência é de 25% dos pais. Um dado a ser considerado é que o índice de casos masculinos tem correlação com a DPP materna, podendo ser duas vezes mais frequentes em homens cuja esposa está deprimida (PAULSON & BAZEMORE, 2010). Este dado ressalta que pode haver uma falha de assistência às mulheres com DPP e reforça que a base familiar é de grande importância às mães deprimidas, mas que obstáculos podem ser enfrentados para consolidação deste apoio.

No que concerne à violência doméstica, um estudo de corte realizado em dezoito unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), indicou que uma em cada três mulheres sofre algum tipo de violência durante a gestação e que isso pode elevar o estresse materno, sendo capaz de resultar em alterações emocionais (NUNES *et al.*, 2010). Mulheres que sofreram algum tipo de violência antes ou durante a gravidez têm até seis vezes mais probabilidade de desenvolver DPP que as demais. Essas afirmações podem ser reforçadas por dois estudos, um realizado na China por Turkcapar *et al.* (2015) que relataram a violência doméstica durante a gravidez como um importante fator contribuinte para a DPP; e outro por Hashima-E-Nasreen *et al.* (2015) em que foram realizadas entrevistas e narrativas com mães, as quais possuíam relações familiares problemáticas, incluindo a violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência na família. Em nosso estudo, tivemos como resultado que mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo (VPI) podem ter até cinco vezes mais chances ([OR] = 5,13 95 % [IC]: 3,02 – 8,71) de desenvolver DPP em comparação às que não foram expostas, o que influencia o bem-estar mental das mães.

Já em relação aos níveis socioeconômicos, pode-se ressaltar que a taxa de incidência de DPP foi maior entre as mães de níveis econômicos mais baixos e de menor escolaridade – em que as de baixo nível socioeconômico tiveram até cinco vezes e as de baixa escolaridade até de seis vezes de desenvolver a doença. (MORAES *et al.*, 2006). Para confirmar tal assertiva, estudos realizados em países em desenvolvimento pontuaram que os níveis de prevalência da DPP foram, em sua maioria, menores quando comparados aos índices de países desenvolvidos (COBURN *et al.*, 2016). Especificamente no Brasil, uma análise mais detalhada apresentou resultado significativo para os sintomas de DPP em mulheres de baixo perfil socioeconômico, atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois, ao somar os achados da renda familiar, foi identificado que mais da metade das participantes (63%) sobrevivem com até um salário mínimo (GOMES *et al.*, 2010).

Alguns autores afirmam que o principal fator de risco para a DPP é a susceptibilidade individual à doença (SUTTER-DALLAY *et al.*, 2004). Esses estudos mostram que significativamente mais mulheres com DPP já tinham HDE quando comparadas às mulheres sem DPP. A presença de sintomas depressivos durante a gravidez também tem sido considerada um fator de risco para a DPP, o que é confirmado pela diferença estatisticamente considerável para essa variável entre as mulheres com e sem DPP. Assim, mulheres com síndromes emocionais prévias, principalmente as que passaram por episódios depressivos, sintomas ansiosos, estresse, transtorno de humor, melancolia, pensamentos suicidas, de acordo com a análise deste estudo têm até cinco vezes mais chances ([OR] = 5,16 95 % [IC]: 2,14 – 12,43) de desenvolver DPP do que as que não possuem esses distúrbios.

Além disso, um estudo destacou a importância do bem-estar materno na hora do trabalho de parto e como isso pode influenciar para a ocorrência de DPP, visto que o parto é um momento único, em que o psicológico pode estar vulnerável. Um dos resultados mais importantes aponta que mulheres que se submeteram à cesariana apresentaram maiores níveis de depressão, ansiedade e compulsão obsessiva em relação àquelas que tiveram parto natural ou vaginal, principalmente em caso de cesárea não planejada (GOMES *et al.*, 2010), apresentando até quatro vezes mais probabilidade de desenvolver DPP. O bem-estar materno está intrinsecamente ligado à experiência vivida pela mulher no momento do parto, por isso é necessário que haja maior esclarecimento à gestante nos atendimentos de rotina sobre as implicações do parto cesárea e de como as intervenções obstétricas podem influenciar em sua saúde mental (DEKEL *et al.*, 2019).

Somado a isso, um estudo pontuou que das cinquenta adolescentes entrevistadas, com média de 17,4 anos, 30% tiveram prevalência de DPP (BARBOSA *et al.*, 2006). Quanto mais precoce a idade gestacional da mãe, maior o risco para o desenvolvimento de DPP, já que no período de quatro anos após o parto com mães adolescentes, 57% delas manifestaram sintomas depressivos, de moderados a severos. A insegurança, medo e ansiedade devido à inexperiência e as descobertas desta fase junto à gravidez são etapas críticas e de transição durante o desenvolvimento da personalidade da mulher, e é notório que a junção dessas duas fases da vida possa interferir na rotina, na relação familiar e escolar e, principalmente, nos conflitos internos dessas jovens e, com isso, uma ter maior chance do desenvolvimento de DPP (GRAVENSTEEN *et al.*, 2018). Porém, dados contraditórios afirmam que a incidência de DPP pode ser até três vezes maior em mães que já possuem idade mais avançada, devido, muitas vezes, ao fato dessas mulheres já terem filhos (HARTMANN *et al.*, 2017) ou por estarem sujeitas à julgamentos sociais reforçando as evidências do efeito causal da educação sobre a DPP (GOMES *et al.*, 2010).

Sobre gravidez não planejada e indesejada, percebe-se um impacto muito grande na saúde mental das mulheres. O descontentamento com o diagnóstico de gravidez pode dificultar na adesão do pré-natal e contribuir para práticas de aborto inseguras. Muitas dessas mulheres não querem mais ter filhos por já serem mães, além de outras variáveis diretamente relacionadas à gravidez indesejada e, conseqüentemente, à DPP, como idade, condição socioeconômica, nível de escolaridade, situação conjugal e uso de álcool e drogas, como já discutido (BRITO *et al.*, 2015). Tais fatores expõem a necessidade de difundir informações maiores sobre métodos contraceptivos, já que grande parte dessas mulheres não possui conhecimento sobre. Outro aspecto importante é a identificação que os agentes de saúde fazem da gravidez não desejada pela gestante. O quanto antes essa informação for confirmada, melhor é para garantir apoio e maior acolhimento durante o pré-natal e o puerpério (ARRAIS *et al.*, 2018).

Em acréscimo, é importante ressaltar que o presente estudo traz uma visão integrativa da mulher na sociedade, tendo em vista que a mesma não tem fixidez em experiências sexuais, ou seja, o desejo, a prática sexual ou a identidade podem situar-se no âmbito homoerótico (FIDELIS, 2014). Por exemplo, estimativas recentes indicam que até 49% das mulheres lésbicas e bissexuais tiveram ao menos um filho através de relações anteriores com parceiros do sexo oposto, reprodução assistida ou adoção, o que justifica, portanto, a inclusão das relações homoafetivas nesse trabalho. Em 2011, o MS instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT+), que demonstra um grande avanço e tem como objetivo geral a promoção da saúde dessa comunidade. Enfrentar a discriminação, o preconceito institucional e reduzir as desigualdades são os primeiros passos para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema universal, integral e equitativo (BVS, 2013).

Entre minorias sexuais, mulheres bissexuais e lésbicas possuem risco aumentado de gravidez na adolescência e, conseqüentemente, um alto índice de gravidez indesejada (STOFFEL *et al.*, 2017). Além disso, comparadas às mulheres heterossexuais, esse grupo tem maior probabilidade de relatar transtornos depressivos ao longo da vida, por apresentarem taxas alarmantes de estupro, violências sexuais e/ou violência física (BOSTWICK *et al.*, 2019), realidades que contribuem significante para o desenvolvimento da DPP.

Apesar das melhorias, a DPP destaca-se atualmente como um grande desafio para a saúde pública, pois os profissionais da área nem sempre estão capacitados para lidar com o problema em si e com as adversidades que o acompanham. Dessa forma, tendo em vista todos os dados apresentados, é necessária a abordagem terapêutica de pacientes com DPP, sendo fundamental intervir nas circunstâncias que podem desencadear este quadro de saúde mental (SALGADO, 2017).

Nesse sentido, um trabalho pioneiro em Brasília, denominado “Pré-natal Psicológico”, desenvolveu um programa de prevenção à DPP no qual as gestantes são beneficiadas por um tratamento psicológico que visa a humanização do processo gestacional. O programa objetiva a integração das gestantes e da família durante o processo gravídico por meio de reuniões em grupo. Foi observado que o pré-natal psicológico atuou como importante meio de mitigar o surgimento da DPP (ARRAIS *et al.*, 2014). Assim, esse acompanhamento passa confiança para a paciente, visto que quanto maior a rede social e o apoio familiar de uma mãe, menor é a ocorrência da mesma. Portanto, é pertinente reforçar que a assistência multiprofissional realizada na atenção básica pode ser benéfica, com promoção da saúde da gestante por meio do acompanhamento longitudinal de todo o processo gravídico até o período pós-parto (LEWIS *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos, observa-se que a DPP é um problema persistente na sociedade e muitas mulheres são carentes de informação e de planejamento para a prevenção. Como fatores associados à DPP, foram destaques a falta de apoio familiar e social, violência, dificuldades socioeconômicas, baixa escolaridade, cesarianas anteriores, vício em drogas e gestação precoce, indesejada ou não planejada. Sendo assim, importante avaliar a assistência integral da gestante, já que mães podem não relatar indícios depressivos nas consultas e podem estar apresentando sintomas não apenas orgânicos, como distúrbios psicológicos prévios, mas também problemas sociais e familiares.

Para garantir esse cuidado, a implementação de ações que visam a melhoria desse cenário dentro da atenção primária, com o olhar atento a todos os sinais durante o acolhimento multiprofissional realizado nas APS e manejo das intervenções de acordo com as necessidades individuais de cada mulher. Sugere-se acrescentar às UBS iniciativas como a educação continuada, na tentativa de orientar sobre a busca ativa do(a) parceiro(a); a importância desse apoio e dos demais familiares; otimizar a participação da gestante ao pré-natal sem qualquer obstáculo; bem como garantir acompanhamento contínuo e incentivo as mulheres a realizarem as denúncias de abuso e violência doméstica.

É necessário enfatizar a importância da continuidade dos estudos científicos nessa área, pois nota-se que esses fatores de risco específicos, violência doméstica por parceiro íntimo e distúrbios emocionais prévios, foram altos para o desenvolvimento de DPP. Para tal, deve-se atentar ao modelo de estresse minoritário, que prevê estressores singulares – além dos habituais – de minorias sexuais, como preconceito e discriminação, o que exige maior atenção dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRAIS, A.R. *et al.* Risk and protection factors associated with postpartum depression in psychological prenatal care. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, p. 711, 2018.
- ARRAIS, A.R. *et al.* The psychological prenatal program as a prevention tool for postpartum depression Alessandra. *Saúde e Sociedade*, v. 23, p. 251, 2014.
- BARBOSA, E.M.S. *et al.* Is postpartum depression in adolescents an issue of concern? *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 935, 2006.
- BAYRAMPOUR, H. *et al.* Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, v. 31, p. 582, 2015.
- BOSTWICK, W.B. *et al.* Depression and victimization in a community sample of bisexual and lesbian women: an intersectional approach. *Archives of Sexual Behavior*, v. 48, p. 131, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Depressão: causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao#>>. Acesso em: 4 jun. 2019.
- BRITO, C.N.O. *et al.* Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, p. 33, 2015.
- BRITAIN, K. *et al.* Risk factors for antenatal depression and associations with infant birth outcomes: results from a south african birth cohort study. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, v. 29, p. 505, 2015.
- BVS. Lesbian and bisexual women: rights, health and social participation. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bisexuais_direitos_sau.gov.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2020.
- CAMACHO, R.S. *et al.* Psychiatry disorders in pregnancy and puerperium: classification, diagnosis and treatment. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 33, p. 92, 2006.
- CANTILINO, A. *et al.* Postpartum psychiatric disorders. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 37, p. 288, 2010.
- COBURN, S.S. *et al.* Multiple domains of stress predict postpartum depressive symptoms in low-income Mexican American women: the moderating effect of social support. *Archives of Women's Mental Health*, v. 19, p. 1009, 2016.
- DEKEL, S. *et al.* Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, v. 22, p. 817, 2019.
- DELL'OSBEL, R.S. *et al.* Depressive symptoms in primary care pregnant women: prevalence and associated factors. *ABCS Health Sciences*, v. 44, p. 197, 2019.
- FIDELIS, C.M. Atensão Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Ministério da Saúde - Secretaria de Política para as Mulheres, p. 123, 2014.
- FONSECA-MACHADO, M.O. *et al.* Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter? *Journal of Clinical Nursing*, v. 24, p. 1289, 2015.
- FRIZZO, G.B. *et al.* Teenage Motherhood: Support Systems in the Context of Postpartum Depression. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 35, e3533, 2019.
- FU I, L. *et al.* Affective disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, p. 24, 2000.
- GOMES, L.A. *et al.* Identifying the risk factors for postpartum depression: importance of early diagnosis. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 11, p. 117, 2010.
- GRAVENSTEEN, I.K. *et al.* Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 18, p. 41, 2018.

GUEDES, A.C.E. *et al.* Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. *Revista de Medicina*, v. 90, p. 149, 2011.

HARTMANN, J.M. *et al.* Postpartum depression: prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00094016, 2017.

HONJO, K. *et al.* Association between family members and risk of postpartum depression in Japan: Does “who they live with” matter? The Japan environment and Children’s study. *Social Science & Medicine*, v. 217, p. 65, 2018.

ISLAM, M.J. *et al.* Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. *PLOS ONE*, v. 12, p. e0176211, 2017.

KATHREE, T. *et al.* Perceptions of postnatal depression and health care needs in a South African sample: The “mental” in maternal health care. *BMC Women’s Health*, v. 14, p. 140, 2014.

LEWIS, B.A. *et al.* The relationship between employment status and depression symptomatology among women at risk for postpartum depression. *Women’s Health*, v. 13, p. 3, 2017.

MAHENGE, B. *et al.* Adverse childhood experiences and intimate partner violence during pregnancy and their association to postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, v. 229, p. 159, 2018.

MARTINI, J. *et al.* Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, v. 175, p. 385, 2015.

MAYOR-SOTTO, I.M.B. DE & PICCININI, C.A. Marital relationship and maternal depression. *Psico*, v. 36, p. 135, 2005.

MOHER, D. *et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. The PRISMA Group (2009). *PLoS Med*, v. 6, p. e1000097, 2009.

MORAES, I.G. DA *et al.* Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 65, 2006.

NASREEN, H.E. *et al.* Incidence and risk factor of postpartum depressive symptoms in women: A population based prospective cohort study in a rural district in Bangladesh. *Journal of Depression and Anxiety*, v. 4, p. 4, 2015.

NUNES, M.A. *et al.* Nutrition, mental health and violence: from pregnancy to postpartum Cohort of women attending primary care units in Southern Brazil - ECCAGE study. *BMC Psychiatry*, v. 10, p. 66, 2010.

PAULSON, J.F. & BAZEMORE, S.D. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, v. 303, p. 1961, 2010.

PITTA, J.C. do N. Theoretical basis - Depression in the puerperium. UNASUS. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/4/unidades_casos_complexos/unidade12/unidade12_ft_depressao.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

RÄISÄNEN, S. *et al.* Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ Open*, v. 4, p. e004883, 2014.

ROGATHI, J.J. *et al.* Postpartum depression among women who have experienced intimate partner violence: A prospective cohort study at Moshi, Tanzania. *Journal of Affective Disorders*, v. 218, p. 238, 2017.

RUSCHI, G.E.C. *et al.* Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, p. 274, 2007.

SALGADO, H.O. Harmless maternal care and prevalence of postpartum depression: “Born in Brazil” survey: Southeast Region, 2011 and 2012. Universidade de São Paulo (USP). Monografia. 2019.

SHAKEEL, N. *et al.* A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 15, p. 5, 2015.

STOFFEL, C. *et al.* Family Planning for Sexual Minority Women. *Seminars in Reproductive Medicine*, v. 35, p. 460, 2017.

SUTTER-DALLAY, A.L. *et al.* Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, v. 19, p. 459, 2004.

TURKCAPAR, A.F. *et al.* Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: A prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 15, p. 108, 2015.

VAEZI, A. *et al.* The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Women and Birth*, v. 32, e238, 2019.

ZENG, Y. *et al.* Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: A cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, v. 15, p.66, 2015.

109

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NO BRASIL DE 2009 A 2018: UMA ANÁLISE DESCRITIVA E QUANTITATIVA

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico(a) do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina – FAMED, da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, MG.

² Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina – FAMED, da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, MG.

³ Acadêmica do Curso de Biomedicina da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, MG.

⁴ Professor Adjunto do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina – FAMED, da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, MG.

⁵ Professora Doutora da Escola Técnica de Saúde – ESTES, da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, MG.

⁶ Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina – FAMED, da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, MG.

AUTORES

VERONICA PERIUS DE BRITO¹

ALICE MIRANE MALTA CARRIJO¹

JOÃO VICTOR AGUIAR MOREIRA¹

ISABELA COSTA MACHADO¹

GABRIELE REIS DOS SANTOS¹

AMANDA PAULA FLORES PEREIRA¹

THALES JUNQUEIRA OLIVEIRA¹

CAIO AUGUSTO DE LIMA²

NATHALIA CAROLINE TEIXEIRA ZANA³

CAROLINE COUTINHO HORÁCIO ALVES³

STEFAN VILGES DE OLIVEIRA⁴

MARÍLIA RODRIGUES MOREIRA⁵

TATIANY CALEGARI⁶

Palavras-chave: Sífilis; Cuidado Pré-Natal; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, patógeno humano obrigatório conhecido por sua alta capacidade de invasão

no corpo e evasão do sistema imunológico (PEELING *et al.*, 2017). Seus sinais e sintomas relacionam-se à inflamação local secundária, à replicação bacteriana nos tecidos e, clinicamente, pode ser classificada em primária, secundária, terciária e latente (PEELING *et al.*, 2017; TSAI *et al.*, 2019).

Configura-se como sífilis gestacional (SG) toda gestante com achados clínicos de sífilis e/ou qualquer titulação de sorologia não treponêmica reagente, mesmo sem a presença de teste treponêmico, realizada no pré-natal, curetagem ou momento do parto (SES-SP, 2008). Quanto ao perfil dessas mulheres no Brasil, notoriedade é atribuída às gestantes jovens, pardas, com baixa escolaridade e donas de casa, sendo que o acesso à informação se configura como um dos principais fatores de risco, especialmente no que tange ao entendimento da importância das medidas preventivas para interrupção da cadeia de transmissão (SES-SP, 2008).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde publicados em 2016, estima-se que ocorram aproximadamente 12 milhões de novos casos de sífilis por ano no mundo, sendo que 1,50 a 1,85 milhões destes registros enquadram-se como SG. Este cenário mostra-se particularmente preocupante frente à alta taxa de transmissão vertical da doença, que pode atingir valores de 70 a 100% caso não haja tratamento materno adequado, conjuntura que pode conduzir a malformações congênitas, aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016; CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

O contexto descrito expõe a importância da assistência pré-natal de qualidade, pois é por meio deste atendimento às gestantes que se torna possível conhecer o estado sorológico materno e dar início ao seu tratamento de forma precoce, evitando futuras complicações (CAVALCANTE *et al.*, 2017). A terapêutica deve começar imediatamente após o diagnóstico e baseia-se, sumariamente, no uso da penicilina, que em muitos casos é estendido ao parceiro sexual a fim de evitar uma possível reinfecção (TSAI *et al.*, 2019). Contudo, segundo dados de 2005, apenas 78% das mães realizaram acompanhamento de pré-natal e apenas 13,3% tiveram seus parceiros tratados, fato que reflete a baixa qualidade desta assistência no Brasil e/ou a pequena importância que os profissionais e gestores da saúde vêm dedicando ao diagnóstico e tratamento da sífilis na gravidez (SES-SP, 2008).

O quadro epidemiológico revela a SG como um importante problema à luz da saúde pública, pois, apesar de ser uma doença cujo agente etiológico é amplamente conhecido, com diagnóstico e tratamento eficazes, simples e de baixo custo, sua incidência ainda é crescente, especialmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (CAMPOS *et al.*, 2010). É essencial estabelecer um perfil materno de risco, bem como detectar áreas com maior foco da doença, a fim de identificar os obstáculos e barreiras que devem ser superados, traçar estratégias de prevenção e controle, especialmente no que tange à transmissão vertical (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

Diante do cenário apresentado, o objetivo do presente trabalho é realizar uma análise epidemiológica de caráter descritivo e quantitativo acerca dos casos de SC no Brasil, de 2009 a 2018, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria de Vigilância em Saúde.

MÉTODO

Esse é um estudo descritivo, quantitativo, baseado em dados secundários, disponíveis online e de acesso público, da sífilis em gestantes registrados no Brasil, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018. Estas informações são provenientes do SINAN e foram registradas a partir do

preenchimento da Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica da Sífilis, do Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

Foram avaliados exclusivamente os casos confirmados de sífilis na gestante, utilizando-se os dados gerais, como o ano da notificação segundo o estado de residência. Estes dados foram situados e comparados dentre as diferentes regiões de residência das gestantes (Sudeste, Sul, Norte, Nordeste e Centro-Oeste). Em relação ao perfil demográfico, foram adotados os parâmetros e analisadas as seguintes variáveis, conforme indicados nas fichas de notificação: faixa etária em anos (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos ou 40 anos ou mais), idade gestacional (1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre), raça ou cor (Branca, Preta, Amarela, Parda ou Indígena) e escolaridade (Analfabeto, 1ª a 4ª série incompleta, 4ª série completa, 5ª a 8ª série incompleta, Fundamental Completo, Médio Completo, Superior Incompleto ou Superior Completo). Nos dados clínicos para sífilis na gestante, buscou-se avaliar os tipos de classificações clínicas (Sífilis primária, Sífilis secundária, Sífilis Terciária e Sífilis Latente).

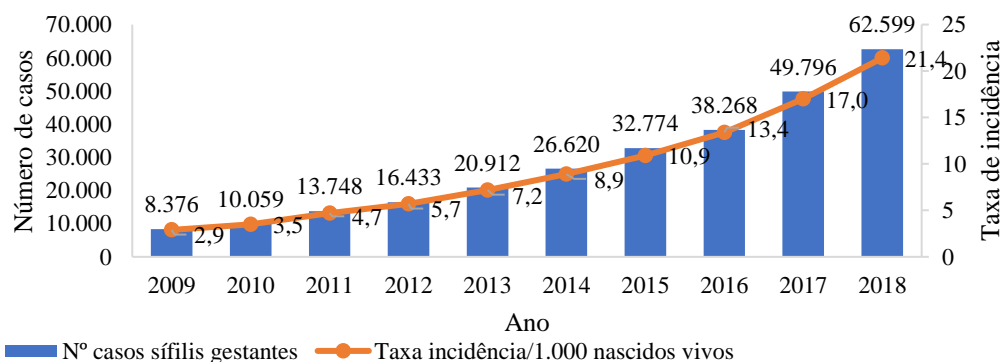
Os dados foram analisados por intermédio do software Tabwin 3.2 e organizados em planilhas pelo Microsoft Office Excel. Em um segundo momento, foram realizadas análises de estatística descritiva utilizando medidas de dispersão, tendência central e frequência. Para análise da incidência de casos, assim como para taxa de detecção foram calculadas razões de prevalência por 100 mil habitantes, utilizando as estimativas populacionais obtidas pelos censos demográficos dos anos 2009 a 2018.

O presente estudo dispensa a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, visto que utiliza dados secundários que não permitem a identificação nominal dos sujeitos da pesquisa e está de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram notificados 279.585 casos de sífilis em gestantes no Brasil no período de 2009 a 2018. Observa-se um aumento no número de registros em todos os anos em relação ao ano anterior. Ao comparar 2018 com 2009, o incremento equivale a 647,4%, uma vez que havia 8.376 diagnósticos em 2009 e 62.599 em 2018. Fato elucidado pela taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos, que correspondia a 2,9 em 2009 e atinge 21,4 em 2018 (Figura 1).

Figura 1. Número de casos de sífilis em gestantes no Brasil por ano de diagnóstico e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos, de acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde



Fonte: Sinan-Net, 2009-2018.

A Tabela 1 demonstra a distribuição do total de casos desta doença por regiões brasileiras, com destaque para as regiões Sudeste e Nordeste, que concentram 46,4% e 20,4% dos registros, na devida ordem. Todavia, a região Sul, no período analisado, apresentou o maior aumento das notificações de sífilis em gestantes, equivalente a 988,3% (Tabela 1).

Tabela 1. Número de casos de sífilis em gestantes no Brasil por região, de acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde.

<i>Região</i>	Total em 2009	Total em 2018	Total de 2009 a 2018	% do total	Aumento % 2009 a 2018
<i>Sudeste</i>	3.175	28.103	129.663	46,4%	785,1%
<i>Nordeste</i>	1.983	14.705	56.985	20,4%	641,6%
<i>Sul</i>	841	9.153	41.776	14,9%	988,3%
<i>Norte</i>	1.269	5.675	27.578	9,9%	347,2%
<i>Centro-oeste</i>	1.103	4.953	23.491	8,4%	349,0%
<i>Não identificado</i>	5	10	92	0,0%	100,0%
Total	8.376	62.599	279.585	100,0%	647,4%

Fonte: Sinan-Net, 2009-2018.

Dentre as notificações que foram categorizadas, no período analisado, destaque é dado para a sífilis primária, que corresponde a 30,3% do total de casos. No entanto, ao analisar o aumento de registros por classificação clínica da doença, de 2018 em relação a 2009, os dados se mostram mais expressivos para sífilis latente e terciária, nesta ordem, as quais obtiveram incrementos de 1.723,0% e 982,0%, respectivamente. Verifica-se, também, que em 27,4% dos casos a classificação clínica não foi identificada, sendo nomeada como “Ignorado” (Tabela 2).

Tabela 2. Número de casos de sífilis em gestantes no Brasil por classificação clínica, de acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde

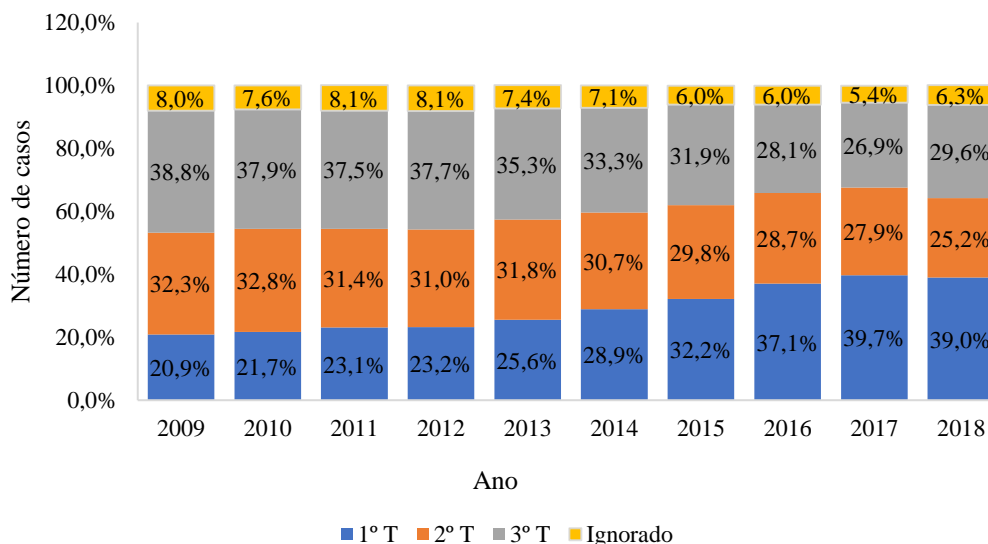
<i>Classificação clínica</i>	Total em 2009	Total em 2018	Total de 2009 a 2018	% do total	Aumento % 2009 a 2018
<i>Sífilis primária</i>	3.274	16.574	84.827	30,3%	406,2%
<i>Sífilis secundária</i>	705	3.167	16.289	5,8%	349,2%
<i>Sífilis terciária</i>	562	6.081	28.086	10,0%	982,0%
<i>Sífilis latente</i>	1.165	21.238	73.718	26,4%	1.723,0%
<i>Ignorado</i>	2.670	15.539	76.665	27,4%	482,0%
Total	8.376	62.599	279.585	100,0%	647,4%

Fonte: Sinan-Net, 2009-2018.

No mesmo período, a análise da variável idade gestacional mostra que houve um aumento dos diagnósticos de sífilis realizados no primeiro trimestre (1^oT) da gestação, ao mesmo tempo que

ocorreu uma redução naqueles efetuados no segundo (2ºT) e no terceiro trimestre (3ºT). Os percentuais de casos diagnosticados no 1ºT, 2ºT e 3ºT, que, em 2009, foram equivalentes a 20,9%, 32,3% e 38,8%, passam a ser 39,0%, 25,2% e 29,6% em 2018, respectivamente (Figura 2).

Figura 2. Distribuição percentual de casos de sífilis em gestantes no Brasil segundo a idade gestacional por ano de diagnóstico, de acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde



Fonte: Sinan-Net, 2009-2018.

Quanto às características maternas, observa-se o predomínio de gestantes com sífilis na faixa etária de 20 a 29 anos, que representa 52,1% dos casos. Entretanto, a observação dessa variável no decorrer dos anos do período analisado demonstra um aumento mais acentuado (844,1%) no número de registros entre gestantes mais jovens, com idade entre 15 e 19 anos (Tabela 3). Já com relação à raça/cor, a maioria das gestantes com sífilis são pardas (47,9%), seguida das mães de cor branca (29,9%) e da raça preta (12,4%).

Tabela 3. Número de casos de sífilis em gestantes no Brasil segundo faixa etária, de acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde

<i>Faixa etária da mãe</i>	Total em 2009	Total em 2018	Total de 2009 a 2018	% do total	Aumento % 2009 a 2018
10 a 14 anos	111	709	3.743	1,3%	538,7%
15 a 19 anos	1.651	15.587	70.141	25,1%	844,1%
20 a 29 anos	4.453	33.677	145.762	52,2%	656,3%
30 a 39 anos	1.909	11.399	53.932	19,3%	497,1%
40 anos ou mais	249	1.211	5.908	2,1%	386,3%
Ignorado	3	16	13	0,0%	433,3%
Total	8.376	62.599	279.585	100,0%	647,4%

Fonte: Sinan-Net, 2009-2018.

Ao comparar a distribuição percentual do nível de escolaridade das mães com sífilis na gestação do ano de 2018 com 2009, observa-se que houve uma redução de casos nos níveis de instrução mais baixos, como “Analfabeto”, “1ª a 4ª série incompleta”, “4ª série completa” e “5ª a 8ª série incompleta”. Entretanto, ao considerar todo o período (2009-2018), constata-se que o nível de instrução dessas mulheres gestantes ainda concentra, em sua maioria, entre as faixas “5ª a 8ª série incompleta”, “Médio completo” e “Médio incompleto”. Ademais, um pequeno percentual é encontrado entre aquelas mulheres com “Superior incompleto” (1,2%) e com “Superior completo” (0,9%). Vale destacar, também, que 28,2% dos casos do período não tiveram essa informação identificada e foram classificados como “Ignorado/Não se aplica” (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição percentual de casos de sífilis em gestantes no Brasil segundo escolaridade, de acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde

<i>Nível de escolaridade</i>	<i>% do total</i>	<i>% do total</i>	<i>% do total</i>
	2009	2018	2009-2018
<i>Analfabeto</i>	1,8%	0,8%	0,9%
<i>1ª a 4ª série incompleta</i>	11,5%	4,0%	5,7%
<i>4ª série completa</i>	7,6%	3,1%	4,1%
<i>5ª a 8ª série incompleta</i>	21,7%	18,8%	20,0%
<i>Fundamental completo</i>	9,3%	10,0%	9,6%
<i>Médio incompleto</i>	8,9%	14,9%	13,5%
<i>Médio completo</i>	10,2%	19,3%	15,9%
<i>Superior incompleto</i>	0,5%	1,5%	1,2%
<i>Superior completo</i>	0,6%	1,1%	0,9%
<i>Ignorado/Não se aplica</i>	28,0%	26,6%	28,2%
<i>Total</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Sinan-Net, 2009-2018.

O presente estudo faz uma análise epidemiológica da SG no Brasil, uma doença de notificação compulsória conforme a Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e de grande relevância no cenário nacional.

É possível observar a maior concentração de casos de SG na região Sudeste. Um fator que não pode ser ignorado é a sua alta densidade demográfica (IBGE, 2020), justificando a elevada prevalência absoluta. Porém, pode-se pressupor que esta também se relaciona com o fato de o Sudeste apresentar um maior grau de desenvolvimento social-tecnológico no país e, conseqüentemente, um importante polo de atenção à saúde melhor estruturado do que em outras regiões, conjuntura que proporciona o maior número de diagnósticos e notificações ao longo dos anos (FARIA *et al.*, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2014).

Ainda em relação à distribuição geográfica dos casos, o Nordeste possui o segundo maior número de casos no período analisado, o que permite inferir que, em função das enormes distâncias regionais, os fatores sociais como baixa escolaridade e tabus culturais sobre sexualidade ainda são presentes e determinantes em situações como a da região em questão (LEMÕES *et al.*, 2013). É

importante ressaltar que a educação e o acesso facilitado às informações são a base da prevenção de IST, principalmente entre os mais jovens (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Outro dado de extrema relevância é o aumento significativo de registros de sífilis latente durante o período analisado. Uma justificativa que cabe aqui é o fato de que muitos destes casos não foram diagnosticados no período pré-natal, cenário que conduz à perpetuação da doença nestas mulheres, aumentando a possibilidade de transmissão vertical e, conseqüente, aumento do número de casos de sífilis congênita no país (SARACENI & MIRANDA, 2012). O modelo de pré-natal atual, de uma forma geral, é mais propício para a coleta de dados e diagnóstico que, neste caso, permite o alcance daquelas pacientes que não haviam sido testadas com menos de um ano de infecção (SES-SP, 2008). Neste contexto, surge também a importância da captação dos parceiros sexuais da gestante, quando possível, para seu concomitante diagnóstico e tratamento (CARDOSO *et al.*, 2018). Tal prática diminui os riscos de reinfecção durante o período gestacional, zelando não apenas pela saúde da mulher, mas da família, abrindo oportunidades para os profissionais de saúde abordarem outras agendas e demandas (DE LORENZI & MADI, 2001).

A realização de ações para diagnóstico e eliminação de transmissões verticais, como da sífilis congênita, possibilitou maior disponibilização de testes rápidos, entre os anos de 2011 e 2014, e aumento da triagem para sífilis em gestantes (FIGUEIREDO *et al.*, 2020). Pela análise dos dados de SG e idade gestacional, percebe-se que no período de estudo houve um aumento na quantidade de diagnósticos da sífilis no primeiro trimestre do pré-natal, em relação ao segundo e terceiro trimestres.

Alguns dos principais desafios para redução da transmissão vertical da sífilis ainda são o baixo número de gestantes adequadamente triadas e tratadas para sífilis, acesso tardio ao pré-natal e limitada utilização de testes rápidos em centros de atendimento (MOTTA *et al.*, 2018). Neste sentido, o diagnóstico e tratamento da SG são realizados na atenção básica, a qual nos últimos anos, apresentou um aumento no número de equipes atingindo maior cobertura populacional, corroborando para melhoria de indicadores como a redução das internações por causas sensíveis e redução da mortalidade infantil (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

Diante da análise do estudo, o perfil das gestantes diagnosticadas com sífilis prevaleceu entre jovens com nível de escolaridade mais baixo. Pela observação das idades identificadas, percebe-se maior número de casos entre mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, o que se justifica pelo auge da fase reprodutiva neste período (SOUZA & BENITO, 2016). Ainda, nota-se grande incidência na adolescência, o que pode ser explicado pela vulnerabilidade desta população, mais exposta às ISTs, por ser uma fase de imaturidade etária e emocional, além de indicar possível início precoce e desprotegido da vida sexual (SOUZA & BENITO, 2016; CAVALCANTE *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2017).

O aumento mais acentuado do diagnóstico de sífilis gestacional entre jovens com idade inferior a 20 anos (Tabela 3) pode ser explicado também pela primeira experiência da sexualidade, marcada muitas vezes pelo tabu e, conseqüentemente, pela falta de informações referentes ao uso de preservativos para a prevenção de IST (ALMEIDA *et al.*, 2017). Este fato corrobora com a mediana da idade de início da vida sexual no Brasil, que é de 17 anos para o sexo feminino (CABRAL & BRANDÃO, 2020). Visto estes fatos, é indiscutível a importância da saúde sexual e reprodutiva como política de saúde pública para a prevenção da SG.

Entre os anos de 2009 a 2018, houve um aumento no número de mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação entre todas as faixas etárias, o que é justificado não somente pelo

crescente número de casos, mas também devido à melhoria das ações da vigilância epidemiológica para a identificação e abordagem dos eventos suspeitos da doença, diminuindo o número de sub registros (SOUZA & BENITO, 2016).

A partir da análise do perfil racial do diagnóstico de SG no Brasil, observa-se predomínio de mulheres pardas detectadas com esta infecção em detrimento das gestantes de cor branca e preta, respectivamente. Isto é consequência da presença do racismo institucional, presente tanto na restrição ao acesso da população preta aos serviços de saúde, quanto na oferta de piores condições de atendimento, o que dificulta a relação profissional de saúde-paciente e prejudica a continuidade do acompanhamento (OLIVEIRA & KUBIAK, 2019). A discriminação racial também é observada nos menores índices de escolaridade das mulheres pretas, o que interfere na compreensão das informações referentes a saúde, na participação da construção do processo terapêutico e nas condutas de seguimento (OLIVEIRA & KUBIAK, 2019).

Outra importante ponderação é que apesar do aumento do número de casos em gestantes de maior escolaridade, esta não é predominante. Estes achados são confirmados por estudos que apontaram a baixa escolaridade e nível socioeconômico como fatores de risco associados à infecção da sífilis, visto que a falta de acesso às informações prejudica o conhecimento acerca de medidas preventivas e dos cuidados com a saúde (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019). Tais fatores são indicativos de maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, demonstrando a maior vulnerabilidade social e reprodutiva destas mulheres, o que torna mais complexo o desafio de controle da sífilis (NASCIMENTO *et al.*, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2013).

É notória a relação da desigualdade social e de acesso às medidas de prevenção de ISTs, pois uma vez que jovens de classes menos favorecidas têm menor acesso à escolarização, a relação sexual pode ser uma conexão de poder embasado pela classe socioeconômica, gênero e faixa etária (VILLELA & DORETO, 2006).

As taxas de incidência da sífilis congênita e de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos aumentaram de modo expressivo entre os anos de 2009 a 2018. Decorrente em parte do aumento das políticas nacionais de eliminação da transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de sífilis congênita desde 2007, a exemplo da iniciativa da Organização Mundial da Saúde que estabeleceu a meta de uma taxa de incidência de sífilis congênita menor que 0,5 caso por mil nascidos vivos até o ano de 2015. Outra contribuição foi a expansão do acesso aos serviços de saúde por meio da ampliação da cobertura populacional da Atenção Básica de Saúde e da disponibilização de maior número de testes de diagnóstico da sífilis no Brasil (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

Outros fatores que sinalizam o crescente número de quadro de sífilis congênita e de transmissão vertical são a baixa qualidade do pré-natal no país e o desinteresse dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e ao tratamento, somado à subnotificação frequente, fato demonstrado por estudos realizados em Palmas (TO) e no Estado de São Paulo, nos quais por meio da busca ativa verificou-se o triplo de casos identificados em comparação com os notificados (LAFETÁ *et al.*, 2016).

O presente estudo possibilitou a identificação de um perfil materno de risco quanto ao desenvolvimento de SG, sendo esta condição mais recorrente em mulheres de baixo nível socioeconômico e de menor escolaridade. Neste viés, observou-se que a segunda maior quantidade de notificações no país ocorre na região Nordeste, devido ao menor acesso à educação e à saúde. Verificou-se o predomínio de SG em mulheres pardas, também relacionado a maior vulnerabilidade e falta de acesso às informações.

CONCLUSÃO

O tratamento da sífilis e os métodos contraceptivos são oferecidos de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde, porém tal informação não é expressiva para a população mais vulnerável da sociedade, visto que a maioria dos casos de SG são de mulheres de baixa escolaridade, pardas e jovens.

A SG é um desafio para os profissionais de atenção primária e gestores em saúde, com necessidade de ofertar acompanhamento pré-natal de qualidade, o qual permitirá, na maioria dos casos, o primeiro acesso ao exame e diagnóstico para muitas mulheres infectadas, visto que é uma doença que pode causar danos tanto a mãe, quanto ao concepto.

Novas formas de educação em saúde se fazem necessárias para atingir as gestantes principalmente jovens, pardas e de baixa escolaridade, e contribuir para a redução dos casos de sífilis no Brasil, pois as ocorrências estão em constante crescimento, evidenciando falhas no acesso à atenção primária e ao pré-natal, revelando um grave problema nas ações de prevenção e negligência das políticas públicas voltadas aos direitos reprodutivos das mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, R.A.A.S. *et al.* Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, p. 1087, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jul. 2005, p. 111.
- BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio 2016, p. 44.
- CABRAL, C.S. & BRANDÃO, E.R. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, e00029420, 2020.
- CAMPOS, A.L.A. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 1747, 2010.
- CARDOSO, V.E.P.S. *et al.* A participação do parceiro na rotina pré-natal sob a perspectiva da mulher gestante. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, v. 10, p. 856, 2018.
- CAVALCANTE, P.A.M. *et al.* Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, p. 255, 2017.
- CONCEIÇÃO, H.N. *et al.* Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 1145, 2019.
- DE LORENZI, D.R.S & MADI, J.M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, v. 23, p. 647, 2001.
- DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascir no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, p. 766, 2014.
- DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 147, 2013.
- FARIA, D.R. *et al.* Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 22, p. 18, 2012.
- FIGUEIREDO, D.C.M.M. *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, e00074519, 2020.
- GUIMARÃES, D.A. *et al.* Formação em saúde e extensão universitária: discutindo sexualidade e prevenção de IST/Aids. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 19, p. 124, 2017.
- IBGE. Cidades e Estados. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 10 out. 2020.
- LAFETÁ, K.R.G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, p. 63, 2016.
- LEMÕES, M.A.M. *et al.* Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, p. 631, 2013.
- LIMA, V.C. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 5, p. 56, 2017.
- MOTTA, I.A. *et al.* Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 28, supl. 6, e-S280610, 2018.
- NASCIMENTO, M.I. *et al.* Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, v. 34, p. 56, 2012.

OLIVEIRA, B.M.C. & KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 939, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO, 2016.

PEELING, R.W. *et al.* Syphilis. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 3, p. 1, 2017.

SARACENI, V. & MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 490, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES-SP). Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, p. 768, 2008.

SOUZA, W.N. & BENITO, L.A.O. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. *Universitas: Ciências da Saúde*, v. 14, p. 97, 2016.

TSAI, S. *et al.* Syphilis in pregnancy. *Obstetrical Gynecological Survey*, v. 74, p. 557, 2019.

VILLELA, W.V. & DORETO, D.T. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 2467, 2006.

110

PREVALÊNCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL NO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE 2015 A 2019

FILIAÇÃO

¹ Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE.

² Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Maurício de Nassau, UNINASSAU – Aracaju, SE.

³ Enfermeira pós-graduada em cardiologia e hemodinâmica pela Universidade Tiradentes, UNIT – Aracaju, SE.

⁴ Discente do Curso de Medicina da Universidade Tiradentes, UNIT – Aracaju, SE.

⁵ Enfermeira pela Universidade Tiradentes, UNIT – Aracaju, SE. Especialista em Auditoria em Enfermagem pela Faculdade Venda Nova do Imigrante, FAVENI e em Gestão e Enfermagem do trabalho pela Universidade Cândido Mendes, UCAM.

⁶ Médico, professor adjunto do curso de Medicina da Universidade Tiradentes (UNIT) e Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju – SE.

AUTORES

VICTÓRIA SANTOS ALVES¹

ALANA HEWYLIN DE ASSIS OLIVEIRA²

ELLEN RAYANE SANTOS DE MENEZES¹

LARISSA FERREIRA SALES¹

LAYANE ESTEFANY SIQUEIRA DOS SANTOS³

LUCAS SIQUEIRA DOS SANTOS¹

MARCELA DA SILVA SANTOS²

MÁRCIA NASCIMENTO SANTOS¹

MARIA ADRIELY CUNHA LIMA⁴

MÉRCIA ROCHA SOUZA²

MYLENE CRYSTINA DOS SANTOS FERNANDES¹

RAQUEL SANTOS ALVES²

VITÓRIA CAROLINA DE SANTANA SOUZA²

TATIANE DE OLIVEIRA SANTOS⁵

HALLEY FERRARO OLIVEIRA⁶

Palavras-chave: Sífilis Gestacional; Prevalência; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa que tem como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum*, descoberta em 1905 por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann, trazendo severas consequências para o ser humano e, devido a sua rápida disseminação, logo se tornou uma praga mundialmente conhecida. A sua transmissão pode ocorrer por via sexual e pela

forma vertical, ou seja, através da mãe infectada para o feto por via transplacentária. No que se refere à sífilis durante o período gestacional, as complicações e desfechos para a saúde, principalmente a do feto, podem ser ainda mais agravantes (MOREIRA, 2018).

Dentre as várias doenças que são transmitidas de forma vertical durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que apresenta taxas de transmissão mais elevadas, podendo ser observado uma taxa de 40% de mortalidade perinatal (GALATOIRE *et al.*, 2012; MILANEZ, 2017). O contato das gestantes com a infecção pode elevar o índice de sífilis congênita e trazer graves consequências para a gravidez, constituindo um grave problema de saúde pública, com prevalência significativa, já que quando não tratada adequadamente, o índice de comprometimento do feto aumenta, podendo levar a problemas no fígado, ossos, pulmões e até anormalidades no sistema nervoso central (VIANA & SELMO, 2012).

Destaca-se que os casos de parturientes com diagnóstico de sífilis, segundo o Ministério da Saúde, atingem 50 mil ao ano e apresentam prevalência de 1,1 a 11,5%, em função da assistência pré-natal e do grau de instrução materna (LAFETÁ *et al.*, 2016). A ocorrência da transmissão vertical da sífilis pode ser reflexo de situações de não acompanhamento pré-natal, não identificação da gestante de risco, bem como a não aderência da gestante e do parceiro ao tratamento e a realização deste de forma inadequada (SANTOS *et al.*, 2018).

Mesmo com a existência dos protocolos de saúde que determinam a realização da triagem da sífilis na gestação durante o período do pré-natal e posteriormente a realização do tratamento da gestante e respectivo parceiro, caso positividade do teste, o número de casos de sífilis no Brasil vem crescendo cada vez mais nos últimos anos, fato que evidencia alguma falha na abordagem dessas gestantes (SANTOS *et al.*, 2018).

Devido à elevação do número de casos, a sífilis gestacional passou a ser uma doença de notificação compulsória, determinada pela Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005, e a não realização dessa notificação obrigatória pelos profissionais de saúde, se configura como infração à legislação de saúde (LAFETÁ *et al.*, 2016; NUNES *et al.*, 2017). Ressalta-se a importância da realização dessas notificações para que seja feito o monitoramento adequado e para permitir que haja a redução do número de casos de transmissão vertical da sífilis.

Em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna, há susceptibilidade para a transmissão vertical da sífilis, que pode resultar em complicações como aborto, natimorto, prematuridade e outras várias manifestações clínicas, porém a transmissão pode ser maior nas fases iniciais da doença, por ser o período onde há maior replicação bacteriana (BRASIL, 2020a; FAVERO *et al.*, 2019).

É preconizada a realização de três exames *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL), sendo um solicitado na primeira consulta do pré-natal, o segundo no terceiro trimestre da gestação e o terceiro no momento do parto, ficando os dois primeiros como responsáveis pelo diagnóstico precoce à gestante com sífilis e posteriormente o tratamento em tempo oportuno e o último responsável pelo tratamento precoce à criança (NUNES *et al.*, 2017).

Mesmo havendo tratamento para sífilis, que geralmente é feito com a penicilina benzatina, o número de casos ainda é considerado elevado, permanecendo como um grave problema de saúde pública. Quando não realizado o tratamento de forma adequada, a estimativa é de que 11% dessas gestações resultem em óbito neonatal a termo, 13% em prematuridade e aproximadamente 20% dos recém-nascidos apresentem sinais indicativos de sífilis congênita (BLENCOWE *et al.*, 2011).

A identificação precoce das gestantes com maiores chances de não realizar o teste sorológico da sífilis e a criação de estratégias que permitam o alcance das mesmas pelos profissionais de saúde, se faz necessária para ampliar a cobertura desse exame e consequentemente reduzir a ocorrência de casos de sífilis congênita (CESAR *et al.*, 2020). Nesse contexto, o objetivo deste estudo é analisar a prevalência da sífilis gestacional na região do nordeste brasileiro, no que tange ao número de casos em cada estado e as principais características desse público ao longo dos anos 2015 a 2019, bem como comparar essas taxas com os números nacionais.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica e ecológica, com abordagem descritiva e quantitativa, por meio da coleta de dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A pesquisa é epidemiológica pois analisa os dados de uma doença, nesse caso a sífilis, e um determinado público, a exemplo das gestantes, acerca da prevalência ou incidência que podem ser influenciadas por fatores como sexo, idade, escolaridade, entre outros. A abordagem descritiva é utilizada uma vez que objetiva analisar a distribuição das doenças, conforme tempo, lugar e características dos indivíduos (BOSI, 2012). Por conseguinte, segundo Costa & Barreto (2003) o estudo ecológico busca comparar uma condição de saúde com uma região específica, buscando encontrar possíveis relações entre elas. Mediante esse contexto, tal estudo utilizou-se de uma abordagem quantitativa, pois os dados são dispostos por meio variáveis numéricas e análises matemáticas são realizadas (VIEIRA, 2011).

A pesquisa foi organizada em quatro etapas: acesso ao sistema DATASUS, busca de artigos complementares nas bases de dados, análise e interpretação dos dados obtidos e, por fim, elaboração textual. Primeiramente, a coleta foi realizada por meio do acesso ao sistema, a opção TABNET, doenças epidemiológicas e morbidade, em seguida, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2007 em diante, a partir disso, foi selecionada a opção sífilis em gestante e filtrada a opção “nacionais e regionais”, a posteriori a subcategoria “Brasil”, para acesso aos dados nacionais.

No que se refere aos dados estaduais, o filtro utilizado foi o de “dados estaduais”, selecionando individualmente cada Estado da região Nordeste a ser estudado e, desse modo, foram incluídos na análise apenas os últimos cinco anos (2015-2019). Em virtude de as informações utilizadas serem de domínio público, advindos do Ministério da Saúde, não houve a necessidade de aprovação de um comitê de ética e pesquisa.

Por conseguinte, a próxima etapa consistiu na busca de literatura complementar, utilizando os dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como parâmetro. Os descritores: “gravidez”, “sífilis” e “prevalência” foram utilizados de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e combinados com o auxílio do operador booleano AND. A partir disso, foram elencados os artigos que possuíam relação com a temática abordada e analisados na íntegra, juntamente com os dados do DATASUS.

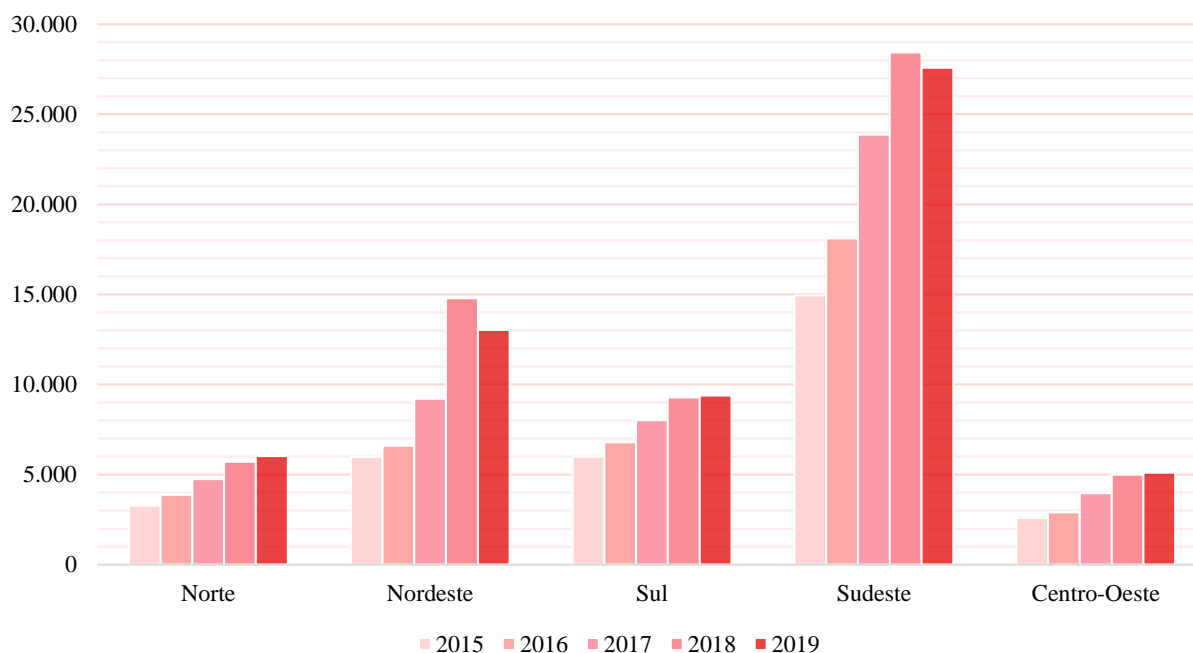
Desse modo, iniciou-se a construção do texto, estabelecendo relações com o tema do estudo, onde os dados obtidos seguiram princípios éticos, segundo a Lei dos Direitos Autorais número 12.853/2013. As informações contidas neste estudo foram citadas de forma fiel, conforme bibliografia selecionada e preconizada pela Associação Brasileira de Normas técnicas (ABNT) NBR 6023 e NBR 10520.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante a análise dos dados obtidos pelo DATASUS, é evidente que a prevalência de sífilis gestacional se concentra, sobretudo, nas regiões Sudeste e Nordeste do país. Entre o período de 2015 a 2019, o Brasil apresentou um total de 245.180 casos de gestantes contaminadas com a bactéria *Treponema pallidum* (BRASIL, 2020c). Desse total, em torno de 46,1% encontra-se no Sudeste e 20,2% na região Nordeste. Os dados referentes a esses achados estão dispostos mais detalhadamente no (Gráfico 1), onde foram distribuídos conforme o recorte temporal utilizado no presente artigo. Desse modo, a região Nordeste foi considerada o enfoque deste estudo, uma vez que apresenta prevalência significativa em relação às demais regiões, ficando atrás apenas do Sudeste.

No que tange ao número de casos da doença em gestantes na região Nordeste, é notável que ao longo dos anos de 2015 a 2018 ocorreu um aumento gradual de novos diagnósticos a cada ano, mas somente em 2019 houve uma redução (BRASIL, 2020b). Nesse sentido, é possível considerar que mesmo com significativos esforços governamentais, das autoridades e dos profissionais de saúde, os indicadores da sífilis em gestante no país ainda são elevados e preocupantes.

Gráfico 1. Distribuição dos casos de sífilis gestacional nas regiões do Brasil, entre 2015 e 2019



Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020.

Diante disso, tratando-se mais especificamente dos estados da região Nordeste, o número de registros da doença em gestantes é elevado na Bahia, onde em 2015 apresentava 1.977 casos, em 2016 eram 2.495, em 2017 por sua vez, esse número passou para 2.808, já em 2018 os valores foram os mais elevados de todo o período analisado, sendo 3.897 casos, que reduziram para 2.274 no ano de 2019. Dessa forma, o estado da Bahia possuiu em sua totalidade, entre 2015 e 2019, um quantitativo de 13.451 notificações de sífilis gestacional, o equivalente a 27,1% do número total de casos no Nordeste.

Posteriormente, Pernambuco é o segundo estado de destaque, apresentando um total de 9.401 casos, o que corresponde a cerca de 19% do valor final. Por conseguinte, segue o Ceará com 15% dos casos, Maranhão com 12,3%, Alagoas com 6,1%, Rio Grande do Norte e Piauí ambos com 5,2%, Paraíba com 5,1% e, por fim, Sergipe com 5% dos casos, conforme consta na Tabela 1. Entre 2018 e 2019, somente Alagoas, Bahia e Maranhão apresentaram redução no número de casos, uma vez que os demais estados evoluíram, sobretudo o Rio Grande do Norte, tendo um aumento de 105 novos diagnósticos em apenas um ano.

Tabela 1. Número de Casos de Sífilis Gestacional nos Estados do Nordeste Brasileiro. ARACAJU-SE, 2020

Estados	2015	2016	2017	2018	2019	Total	Percentual
Alagoas	316	372	595	953	764	3.000	6,1%
Bahia	1.977	2.495	2.808	3.897	2.274	13.451	27,1%
Ceará	831	953	1.311	2.149	2.184	7.428	15%
Maranhão	823	757	1.033	1.889	1.621	6.123	12,3%
Paraíba	370	252	497	693	730	2.542	5,1%
Pernambuco	836	894	1.652	3.000	3.019	9.401	19%
Piauí	258	316	448	746	788	2.556	5,2%
Rio Grande do Norte	215	251	424	800	905	2.595	5,2%
Sergipe	341	305	447	653	741	2.487	5%

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020.

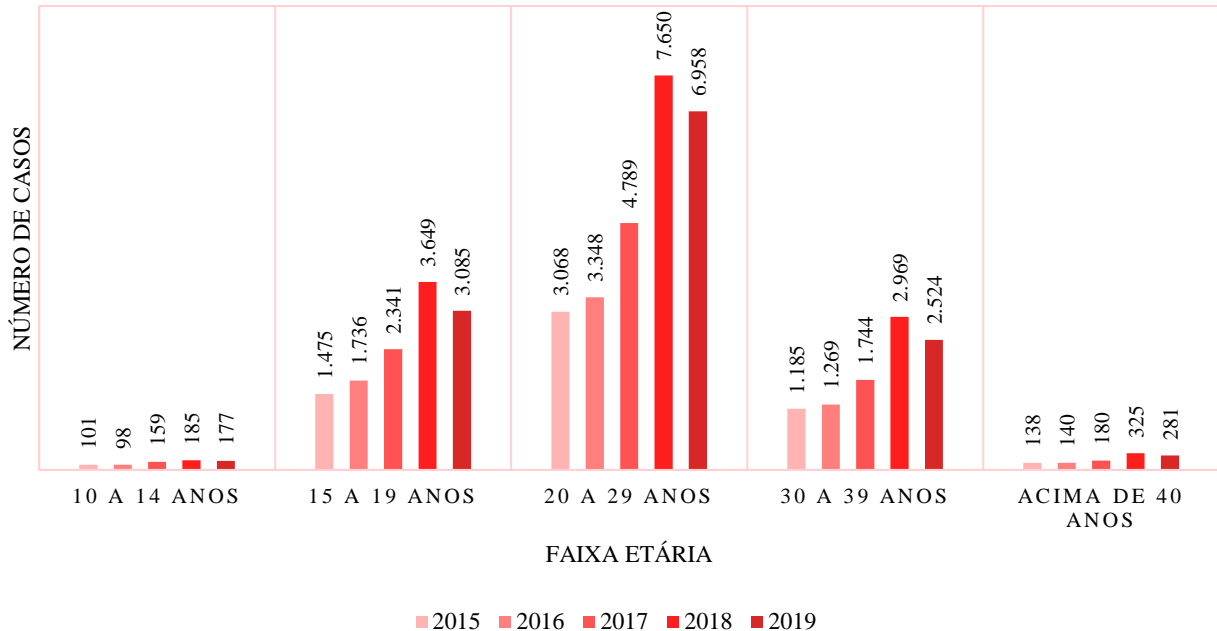
No que tange às características desse público, percebe-se que a idade gestacional mais comum no momento do diagnóstico, em todo o território nacional, é o primeiro trimestre de gravidez, sendo 92.884 gestantes diagnosticadas com sífilis no período de 2015 a 2019. Em contrapartida, os dados regionais revelaram que no Nordeste o período gestacional mais prevalente foi o terceiro trimestre, mostrando que nessa região as gestantes descobrem a doença mais tardiamente, ao final da gravidez.

Desse modo, o momento do diagnóstico pode influenciar diretamente nas consequências recaídas sobre o feto, uma vez que a bactéria causadora da sífilis, quando não controlada adequadamente, pode ser propagada pela corrente sanguínea da mãe para o bebê, causando sífilis congênita e gerando consequências irreversíveis que afetam o crescimento e desenvolvimento da criança.

Tratando-se da faixa etária das gestantes que possuem sífilis no Brasil, as idades que apresentam maiores casos no período de tempo contemplado neste estudo estão entre 20 a 29 anos, seguido de 15 a 19 anos, logo após, entre 30 a 39 anos. Dentre as idades que possuem menores casos, por sua vez, a faixa etária entre 10 a 14 anos são as de menor destaque, seguida de mulheres com mais 40 anos. Outrossim, na região Nordeste, as idades de maior e menor prevalência

coincidem com as nacionais, com isso, os dados referentes a cada faixa etária estão distribuídos no Gráfico 2.

Gráfico 2. Faixa etária de gestantes com sífilis no Nordeste, de 2015 a 2019



Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde, em busca de ampliar as taxas de detecção da sífilis em gestantes desenvolveu estratégias que promoveram o aumento da oferta de testes sorológicos (VDRL), bem como garantiu que o tratamento fosse gratuito pelo Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA, 1999). Desse modo, os resultados obtidos evidenciam que o mapeamento da doença tem sido cada vez mais relevante e, com isso, as taxas de sífilis em gestantes elevam-se anualmente em todo o Brasil, sobretudo no Nordeste, configurando-se como um grave problema de saúde pública. É notória uma ampliação no número de casos ao longo dos anos de 2015 a 2019, elucidando a necessidade de novas formas de controle da doença.

Em concordância com a idade gestacional das pacientes, o que predominou neste estudo, na região nordeste, foram mulheres diagnosticadas durante o terceiro trimestre da gravidez, uma identificação tardia da doença se comparada ao tempo da gestação, que pode trazer consequências graves à saúde da criança. Nesse aspecto, a literatura revela uma grande incidência de mulheres que não fazem uso de preservativos durante a gravidez, corroborando a ideia de que a camisinha é usada somente para contracepção.

Além disso, o diagnóstico tardio da doença pode estar associado a um início atrasado do pré-natal pelas gestantes, o que dificulta a eficácia do tratamento (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019). Com isso, a lenta mudança de pensamento da sociedade torna imperativa a ampliação das ações de educação em saúde nessa região.

No que concerne à faixa etária das pacientes, a prevalência de casos identificados foram entre 29 a 30 anos de idade, indicando que a faixa adulto/jovem não possui orientações suficientes em relação aos métodos de proteção sexual, tampouco informações sobre a doença, formas de contaminação e prevenção.

O resultado disso são altos valores de mulheres jovens diagnosticadas com a doença durante a gravidez, colocando em risco não somente sua saúde, como também a do feto. A partir disso, é possível refletir sobre a influência que os profissionais de saúde têm em determinadas circunstâncias, além dos benefícios das políticas de saúde que promovem direitos e promoção da saúde. Pequenas informações passadas à população refletem grandes resultados de prevenção e consequentemente, ajudam a mitigar os indicadores nacionais da doença.

CONCLUSÃO

Portanto, com base nos resultados obtidos neste estudo, é possível inferir que a prevalência da sífilis gestacional vem aumentando significativamente na maioria dos estados do Nordeste Brasileiro, e que somente alguns deles apresentaram queda no último ano. Diante disso, os estados da Bahia, Pernambuco e Ceará destacaram-se sobre os demais, na medida em que Sergipe, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte apresentaram as menores taxas de toda a região. Assim sendo, é preciso haver um melhor controle dessas taxas, a fim mitigar a ocorrência de casos para os anos posteriores e assim melhorar os indicadores da sífilis nessa região.

No tocante faixa etária, percebe-se que a maioria das mulheres infectadas estão situadas entre 20 e 29 anos no Brasil e no Nordeste, dessa forma, pode-se observar que a maioria dos casos identificados ocorrem em mulheres jovens, o que poderia ser evitado caso houvesse orientação adequada, bem como campanhas profiláticas mais efetivas a nível de atenção primária à saúde, junto ao acompanhamento dos parceiros sexuais dessas mulheres.

Em consonância com os fatos supracitados e no que se refere à idade gestacional no momento do diagnóstico, é notório que mesmo que a nível nacional a detecção ocorra no início da gestação, ou seja, no primeiro trimestre da gravidez, a região Nordeste ainda possui dificuldades ao desvendar a doença de maneira precoce, o que pode agravar as consequências sobre o feto.

Logo, torna-se evidente que a sífilis gestacional apresenta impactos considerados graves na gestante e no feto e, diante de altos números da doença a cada ano na região estudada, registra-se a necessidade de novas políticas públicas para o rastreamento e combate da doença.

Em concordância com os resultados desse estudo, observa-se a necessidade de ações para acompanhamento integral das gestantes durante o pré-natal, garantindo o rastreamento ou até mesmo o tratamento dessa patologia, bem como o acompanhamento para a continuidade da assistência. A necessidade de novas formas de conscientização da população sobre a sífilis, informações sobre prevenção e a importância da adesão ao tratamento pelos seus parceiros faz-se imperativa diante desse contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLENCOWE, H. *et al.* Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health*, v.11, p. 1, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília, 2020a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153>>. Acesso em: 17 nov. 2020b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em: 17 nov. 2020c.
- BOSI, L.P. Saúde baseada em evidências. 1ª ed. Editora Educação a distância (EAD), 2012.
- CESAR, J.A. *et al.* Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, p. 1, 2020.
- CONCEIÇÃO, H.N. *et al.* Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde Debate*, v. 43, p. 1145, 2019.
- COSTA, F.M.L. & BARRETO, M.S. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Belo Horizonte*, v. 12, p. 189, 2003.
- FAVERO, M.L.D.C. *et al.* Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. *Archives of Health Science*, v. 26, p. 2, 2019.
- GALATOIRE, P.S.A. *et al.* Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 41, p. 26, 2012.
- LAFETÁ, K.R.G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, p. 63, 2016.
- LIMA, C.V. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 5, p. 56, 2017.
- MILANEZ, H.M.B.P.M. Abordagem da sífilis na gravidez. *Femina*, v. 45, p. 90, 2017.
- MOREIRA, S.N.C. *Enfermagem em ginecologia e saúde da mulher*. 1ª ed. Editora Saraiva, 2018.
- NUNES, J.T. *et al.* Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 11, p. 4875, 2017.
- OLIVEIRA, A.M. Conselho Federal de Medicina. Por que a sífilis no Brasil ainda é um problema? 1999. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20414:por-que-a-sifilis-no-brasil-ainda-e-um-problema&catid=46>. Acesso em: 17 nov. 2020.
- SANTOS, K.K. *et al.* Frequência de sífilis em gestantes. *Clinical & Biomedical Research*, v. 38, p. 81, 2018.
- VIANA, L.C. & SELMO, G. *Ginecologia*. 3ª ed. MedBook Editora, 2012.
- VIEIRA, S. *Introdução à bioestatística*. 4ª edição. Rio de Janeiro. Elsevier, p. 345, 2011.

111

DIREITOS RESERVADOS ÀS MULHERES NO MOMENTO DO PARTO: UMA VISÃO HUMANIZADA COMO PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico de Medicina, Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH), Belo Horizonte, MG.

² Acadêmico de Medicina, Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Ouro Preto, MG.

³ Mestre em Ciências do Esporte, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG.

AUTORES

ISABELA LUZ DE MORAES¹

LUCAS GUILHERME SOUZA SANTOS²

GIOVANNA DANDARA LEITE SILVÉRIO DE SOUSA¹

HERMES VINÍCIUS NOGUEIRA NERI¹

VINÍCIUS DE OLIVEIRA VIANA SOARES^{1,3}

Palavras-chave: Medicina; Obstetrícia; Parto humanizado.

INTRODUÇÃO

A Violência Obstétrica (VO), entendida como a violação do corpo da mulher e de seus processos reprodutivos pelos profissionais de saúde, consiste na violência física, negligência medicamentosa e patologização dos processos naturais do organismo feminino seja no pré-natal, parto ou pós-parto. Além da violência física, a VO também pode se manifestar através da violência verbal e psicológica, quando há discriminação e culpabilização da paciente para justificar possíveis intercorrências do procedimento obstétrico, e até mesmo pela violência sexual por meio, por exemplo, da episiotomia (OLIVEIRA & ALBUQUERQUE, 2018).

A realização de manobras de parto dolorosas, o uso excessivo e não justificado de medicamentos que aceleram o parto, bem como a exigência para que a mulher assumira a posição litotômica durante todo o processo, também são práticas que caracterizam a VO. Dessa forma, além de causar enormes traumas à mulher, a VO ainda pode favorecer a ocorrência de desfechos perinatais negativos com o aumento do risco de hemorragias, infecções e lacerações perineais, elevando os riscos de mortalidade materno-fetal (BRANDT *et al.*, 2018).

Diante disso, a VO se configura como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, ainda que existam leis e orientações de órgãos regulamentadores, que objetivam proteger a saúde física, emocional, social e sexual das mulheres no contexto obstétrico (LANSKY *et al.*, 2019). Nesse cenário, pode-se observar a falta de informação por parte das pacientes, as frequentes condutas inadequadas dos profissionais, o modo de operação tecnocrático e biomédico dos centros de saúde, entre outras questões capazes de comprometer a qualidade da assistência em saúde oferecida às mulheres no Brasil.

Indo de encontro à VO e suas formas de manifestação (física, verbal, psicológica, sexual, entre outras), diretrizes e orientações traçadas, por exemplo, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Conselho Federal de Medicina, por meio do Código de Ética Médica, visam conter a ocorrência de VO e de suas implicações na saúde das pacientes. Assegurar à parturiente o direito de escolha do procedimento, prezar pela transparência entre profissional e paciente, garantir o bem-estar da mulher durante a parturição por meio da liberdade de movimentar-se e de ter um acompanhante são alguns dos direitos reservados às mulheres na assistência à saúde obstétrica e que têm um papel fundamental para garantir que o momento do parto não seja traumático em nenhuma instância.

Tendo em vista a questão de saúde relacionada à VO praticada contra mulheres, o presente estudo objetiva expor os direitos reservados às mulheres durante o parto, salientando a importância destes como forma de mitigar a ocorrência de VO e fomentar a adoção de abordagens mais humanizadas por parte dos profissionais de saúde. Além disso, visa revestir as mulheres do conhecimento e informações necessárias para estarem aptas a exigir aquilo que é devido no contexto obstétrico e não serem vítimas da falta de informação.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, feita através da análise de periódicos, diretrizes, manuais e artigos contidos nas bases de dados online PubMed e SciELO, além da utilização de dados disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde (MS). A pesquisa bibliográfica foi realizada no mês de outubro de 2020, sendo selecionados artigos no idioma português.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diariamente as mulheres são submetidas a abuso e desrespeito durante o parto nas instituições de saúde, evidenciando a necessidade de maior diálogo e execução de ações por parte dos profissionais acerca desse importante tema. É preciso entender que tal comportamento não apenas vai contra os direitos das mulheres no momento do parto, como ameaça o direito constitucional à vida, à saúde e a integridade física e emocional (PEREIRA *et al.*, 2016).

Ademais, faz-se necessário compreender que o uso da tecnologia no momento do parto pode auxiliar na redução de desfechos perinatais negativos. Entretanto, quando usada de forma inadequada, pode contribuir para intervenções desnecessárias e para a busca excessiva por resultados mais rápidos que vão contra os processos fisiológicos do corpo feminino e contra o atendimento humanizado exigido para esse momento. Um fato que corrobora tal pensamento é a alta taxa de mortalidade materna no Brasil. Segundo dados do DATASUS, em 2018 ela girava em torno de 1658 mortes a cada 100.000 nascidos vivos, indo contra a meta de 35 por 100.000 proposta pela ONU no Desenvolvimento do Milênio até o ano de 2015, e evidenciando uma distância ainda muito grande da meta de 70 mortes por 100.000 proposta pela ONU na Agenda 2030 sobre o Desenvolvimento Sustentável.

Segundo a OMS, o índice de mortalidade materna, que nada mais é que a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, por causa

relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, corresponde um importante indicador de saúde da mulher (LAURENTI *et al.*, 200). Segundo a literatura, cerca de 92 a 95% desses óbitos seriam totalmente evitáveis se instituídos mais direitos sexuais e reprodutivos e se as mulheres contassem com atenção obstétrica mais segura e respeitosa. Essa alta taxa de mortalidade materna evidencia o quanto o atendimento às parturientes no país ainda possui falhas e consequências graves, mas que podem e devem ser revertidas (MARTINS & SILVA, 2018).

Panorama da assistência em saúde obstétrica no Brasil

Para o melhor entendimento da relação entre a supressão dos direitos reservados às mulheres no momento do parto e a ocorrência de VO, é necessário avaliar a situação de saúde obstétrica no Brasil. Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 97,85% dos partos no Brasil ocorrem em ambiente hospitalar. Nesse cenário, apesar de existir uma maior densidade tecnológica, que é útil no serviço de saúde, a dinâmica de funcionamento hospitalar se dá por uma "lógica industrial de produção" em que os profissionais precisam cumprir prazos dentro de um período de tempo. Caso o procedimento não termine no prazo estipulado, intervenções desnecessárias podem ser adotadas pelos profissionais como forma de otimizar a duração do parto. Dessa forma, a possibilidade de ocorrência de um episódio de VO se torna ainda maior. (OLIVEIRA & ALBUQUERQUE, 2018).

Outro fato a se pensar é a crescente taxa de cesarianas no Brasil. A OMS estima que a cesariana seria necessária em apenas 10% a 15% dos partos. No ano de 2011, essa taxa girava em torno de 54% no Brasil, podendo chegar a mais de 80% na rede privada (DATASUS). Tal procedimento possui grande importância quando bem indicado, entretanto, sua adoção indiscriminada pode levar à uma série de intercorrências tanto à mãe quanto ao bebê, maior risco de mortalidade materno-neonatal, hemorragias, infecções, riscos anestésicos, além de prematuridade fetal, são algumas das complicações associadas à cesariana. Ademais, alguns estudos apontam que quando não é bem indicada, pode ainda interferir no vínculo mãe-filho, dificultando ainda mais o período puerperal e o aleitamento materno (CARNIEL *et al.*, 2007).

Segundo a pesquisa divulgada por Weidle *et al.* (2014), 75% das gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde do Vale do Taquari dizem preferir o parto por via vaginal em detrimento ao parto abdominal. Entretanto, o alto índice de cesáreas no município (89% no mesmo período) indica que a preferência da parturiente, muitas vezes, não é aquela adotada pelos profissionais de saúde no momento do parto. Dessa forma, é possível perceber que é falsa a ideia, muitas vezes apregoada até mesmo por profissionais de saúde, de que o parto cesáreo é uma escolha praticamente unânime entre as mulheres brasileiras. Ou seja, um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher, o nascimento de seu filho, têm sido frequentemente marcado pela falta de autonomia da parturiente e imposição das decisões pelos profissionais.

É importante salientar também que a falta de informação dada às gestantes reflete diretamente no aumento da incidência de cesarianas, o que favorece a consequente banalização desse procedimento cirúrgico no Brasil. Para Weidle *et al.* (2014), a escolha pela cesariana decorre principalmente do medo do parto vaginal e da desinformação acerca das vantagens do parto normal e dos riscos do parto cesáreo.

Aspectos da violência obstétrica no Brasil

A VO pode ser entendida como o apoderamento do corpo feminino e de seus processos reprodutivos por parte dos profissionais de saúde no momento do parto. É caracterizada por meio de atendimento não humanizado e intervenções desnecessárias, além da perda da autonomia feminina nesse momento. Os relatos das mulheres sobre maus-tratos físicos e psicológicos, por parte dos profissionais de saúde não só durante o processo ativo de parto, como também durante o pré-natal e puerpério, evidenciam a constante violação dos direitos femininos e a necessidade de discussão acerca desse tema (PEREIRA *et al.*, 2016).

Venturi Júnior *et al.* (2010) apontam que cerca de 25% das mulheres que tiveram filhos na rede pública ou privada de saúde relatam ter sofrido algum tipo de VO. Negar atendimento, não oferecer alívio para a dor, não informar sobre o procedimento que estava sendo realizado, além de xingamentos e gritos pelos profissionais de saúde, são algumas queixas comuns entre aquelas que não puderam contar com um serviço de saúde humanizado e tiveram uma experiência obstétrica violenta.

Além disso, o uso excessivo e não regulado de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, a imobilização da parturiente no leito obrigando a adesão à posição litotômica, a manipulação ativa do feto e a realização de toques vaginais dolorosos repetitivos, também constituem uma forma de VO e podem colaborar substancialmente para desfechos negativos perinatais e para uma experiência traumática do parto (ANDRADE *et al.*, 2016). Uma outra ação altamente difundida nas instituições médicas no Brasil é a realização da episiotomia, que consiste em um corte realizado no períneo para facilitar a passagem do bebê durante o parto por via vaginal. Tal prática ainda é rotineiramente realizada por profissionais da saúde, indo contra evidências científicas recentes que já demonstraram complicações graves quanto ao seu uso, tais como: extensão do corte, hemorragia severa, dor, edema e infecções no pós-parto, hematomas e fístulas, além da dispareunia, consequências que podem perpetuar por muito tempo, causando extremo desconforto à mulher (PEREIRA *et al.*, 2016).

Outra conduta enquadrada na VO é a Manobra de Kristeller, uma técnica utilizada para acelerar o parto ao exercer pressão sobre a porção superior do útero para estimular a saída mais rápida do bebê. Entretanto, essa prática pode trazer graves prejuízos: a mãe pode sofrer fratura de costelas, descolamento de placenta e até mesmo, ruptura de órgãos, enquanto o bebê pode sofrer traumatismo cranioencefálico. Além dos possíveis danos físicos, ainda há o trauma psicológico de passar por uma intervenção tão inapropriada e que já é proscrita de acordo com o MS e OMS (PEREIRA *et al.*, 2016).

Além disso, existem outras situações que exemplificam a VO: realização de enema de rotina, indução à tricotomia, jejum forçado de alimentos leves ou líquidos com infusão endovenosa de rotina, punção venosa para posterior administração de medicamentos ou quaisquer outras ações que fogem do plano de parto pré-estabelecido. Tudo isso, associado à outras práticas grosseiras e desrespeitosas, xingamentos e humilhações, contribuem para a supressão do bem-estar da paciente e possuem um impacto negativo em sua qualidade de vida (PEREIRA *et al.*, 2016).

Nesse cenário, o atual modelo de assistência à saúde obstétrica no Brasil pode ser interpretado como tecnocrático, uma vez que retira a mulher como protagonista desse acontecimento à medida que transforma o processo de parição em algo requisitado de múltiplas intervenções, e com a necessidade do uso de extensas tecnologias (BRANDT *et al.*, 2018). Essas ações, além de

aumentarem consideravelmente o risco de complicações, ferem a liberdade individual das mulheres, destacando-se a perda da autonomia no parto (SANTIAGO *et al.*, 2017).

Dessa forma, o conhecimento das mulheres acerca de seus direitos torna-se fundamental para que exijam um amparo de qualidade, orientada por princípios humanizados de assistência. Essa assistência, de acordo com a Portaria MS n. 1.067/2005, deverá ser pautada na provisão de recursos necessários, com rotinas de procedimentos comprovadamente benéficos à gestante e ao bebê e baseada nos princípios éticos e científicos garantindo privacidade, autonomia e compartilhamento das decisões com a mulher e sua família.

Direitos das mulheres no momento do parto

De acordo com a OMS, é direito de toda mulher poder movimentar-se livremente durante o trabalho de parto, possuir um acompanhante, ingerir líquidos ou se alimentar durante o processo e não ser separada do bebê imediatamente após o parto. O atendimento à parturiente deve ser feito de forma humanizada, com respeito à privacidade, devendo as intervenções obstétricas serem utilizadas apenas mediante indicações precisas e evidências científicas com comprovação da sua eficácia e necessidade (ANDRADE *et al.*, 2016).

Ademais, o artigo 31 do Código de Ética Médica veda ao médico desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo casos de risco iminente de morte. Assim, cabe ao profissional o dever de incluir a mulher na participação das decisões médicas do parto, garantindo o princípio bioético da autonomia, que assegura aos indivíduos capacitados o direito de escolha em questões relacionadas ao seu corpo e sua vida. Além da necessidade de transparência nos procedimentos, toda gestante/parturiente têm direito a informação adequada, sendo dever do médico orientar sobre os riscos e benefícios das vias de parto e esclarecer à mulher durante todo o processo, informações acerca da evolução do trabalho de parto e da saúde bebê (DOMINGUES *et al.*, 2004).

Em adição, a implementação da Lei Nº 11.108, de 7 de Abril de 2005, passou a garantir a todas as parturientes, no serviço público ou privado, o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, além do pré e pós-parto imediato. É sabido que o apoio contínuo à parturiente constitui uma intervenção segura e importante para garantir um bom desfecho materno-fetal, uma vez que garante à mulher apoio emocional, informações sobre as ações que estão sendo executadas e medidas de conforto, como toques de carinho e massagens durante o processo ativo de parto. Uma revisão sistemática sobre o apoio contínuo do parto, realizada em 2011, apontou que mulheres que foram acompanhadas, obtiveram partos mais curtos, menor propensão à partos por via cesariana ou por via vaginal instrumental, necessitaram de menos analgesia intraparto e relataram maior satisfação no processo (DINIZ *et al.*, 2014).

Em contrapartida, a pesquisa Nacional Nascer Brasil, realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, apontou os seguintes resultados: (i) apesar de todas as mulheres serem elegíveis para contarem com acompanhantes no momento do parto, cerca de 24% delas não tiveram acompanhamento em nenhum momento e mais de 56% das mulheres tiveram acompanhamento apenas parcial; (ii) apenas 18,8% das mulheres contaram com acompanhante contínuo no momento do parto; (iii) dentre as mulheres que não foram acompanhadas, os principais motivos foram o não cumprimento da instituição da legislação, ou seja, o centro de nascimento não autorizou acompanhamento, além de outras restrições, tais como, permitir apenas para adolescentes ou apenas

para mulheres que iriam passar por parto cesariana ou apenas para quem pagasse um valor adicional; (iv) algumas mulheres relataram não saber da permissão de um acompanhante, evidenciando o desconhecimento da própria parturiente dos seus direitos no momento do parto (DINIZ *et al.*, 2014).

Ainda que as mulheres possuam os referidos direitos responsáveis por protegê-las no momento do parto, é imperativa a necessidade de empoderá-las do conhecimento dessas recomendações como forma de resguardá-las. Haja vista a considerável incidência de violência obstétrica no Brasil, faz-se necessário que os profissionais de saúde tenham sempre uma conduta transparente e se certifiquem que as parturientes compreenderam todas as orientações e explicações, e tenham suas dúvidas sanadas pelos médicos, enfermeiros, técnicos e quaisquer outro profissional envolvido no momento do pré-natal, parto e puerpério.

CONCLUSÃO

Com acometimentos físicos, psicológicos, sexuais e sociais, a VO pode ser vista como uma grande violação dos direitos das mulheres parturientes e um sério agravante no processo de assistência à saúde obstétrica. Tendo em vista a incidência de VO no Brasil, faz-se necessário que profissionais da saúde, principalmente os atuantes na área de Ginecologia e Obstetrícia, procedam de maneira a minorar a desinformação sobre os procedimentos obstétricos, sanando dúvidas e orientando sobre riscos e benefícios de cada procedimento ao qual as mulheres têm direito.

Nesse contexto, possibilitar que as parturientes tomem conhecimento das etapas, das indicações e contraindicações, dos benefícios e malefícios das intervenções obstétricas, é essencial para garantir que os direitos das mulheres sejam assegurados na assistência em saúde. Além de tornar a experiência obstétrica mais humana, informar às pacientes daquilo que é previsto por leis e por órgãos regulamentadores é uma forma também de protegê-las dos episódios de VO, uma vez que estas poderão exigir dos profissionais uma conduta condizente com o que é preconizado, por exemplo, pelo Código de Ética Médica e pela OMS.

Apesar do cenário de ocorrência de VO no Brasil ser desfavorável, considerando por exemplo a quantidade massiva de procedimentos obstétricos que acontecem em ambiente hospitalar, é possível traçar estratégias de combate à violência e de promoção dos direitos das mulheres no momento do parto. O estímulo ao acompanhamento pré-natal regular é, sem dúvida, uma forma de mitigar a VO e assegurar os direitos das mulheres uma vez que esse é o contexto ideal para discutir, elucidar e planejar os pormenores relacionados ao momento da parição. Também é imperativa a necessidade de rememorar os profissionais de saúde que todos eles têm um compromisso com o bem-estar físico, mental e social de seus pacientes e que, ao praticarem a VO, estão ferindo o princípio básico da assistência em saúde: *Primum non nocere*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, P.O.N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, p. 29, 2016.
- BRANDT, G.P. *et al.* Violência obstétrica: A verdadeira dor do parto. *Revista Gestão & Saúde*, v. 19, p. 19, 2018.
- CARNIEL, E.F. *et al.* Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 29, p. 34, 2007.
- DINIZ, C.S.G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 140, 2014.
- DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. 52, 2004.
- LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2811, 2019.
- LAURENTI, R. *et al.* Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cadernos de saúde pública*, v. 16, p. 23, 2000.
- MARTINS, A.C.S. & SILVA, L.S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 677, 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.067 de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União*, 2005.
- OLIVEIRA, L.G.S.M. & ALBUQUERQUE, A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. *Revista Conselho da Justiça Federal*, v. 75, p. 36, 2008.
- PEREIRA, J.S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 15, p. 103, 2016.
- SANTIAGO, D.C. *et al.* Violência Obstétrica: uma análise das consequências. *Revista Científica da FASETE*, v. 148, 2017.
- VENTURI JÚNIOR, G. *et al.* A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado –2010. In: 7º Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras, 2011.
- WEIDLE, W.G. *et al.* Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cadernos de saúde coletiva*, v. 22, p. 46, 2014.

112

USO DE AAS NA PREVENÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPسيا

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico de Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO, Teresópolis, RJ.

² Professora do UNIFESO, Teresópolis, RJ.

AUTORES

FABIANA SIMÃO MICHELINI¹

ISABELLA GEORGES PELÓGIA FARAH TRIGO¹

JHONY XAVIER ELLER¹

RAYANNE ABBOD QUINTÃO¹

VITÓRIA VIANNA FERREIRA¹

ANA PAULA VIEIRA DOS SANTOS ESTEVES²

Palavras-chave: Aspirina; Pré-Eclâmpسيا; Prevenção de Doenças.

INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpسيا (PE) é um distúrbio multissistêmico caracterizada por hipertensão arterial identificada pela primeira vez após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria, podendo se sobrepor a outro estado hipertensivo. Na ausência de proteinúria, o diagnóstico de PE pode ser feito com base na presença de cefaleia, turvação visual, dor abdominal ou exames laboratoriais alterados, como trombocitopenia (menos de 100.000/mm³), elevação das enzimas hepáticas (o dobro do valor basal), insuficiência renal (> 1,1 mg/dL ou o dobro da linha de base) ou edema pulmonar e distúrbios visuais ou cerebrais (como cefaleia, escotomas ou convulsões) (RAMOS, *et al.*, 2017).

As síndromes hipertensivas que ocorrem durante a gravidez, especialmente a PE, resultam em risco real e impacto significativo nos indicadores relacionados à saúde materna e infantil (HUANG *et al.*, 2019.). Especificamente no Brasil, uma revisão sistemática identificou uma incidência de 1,5% para PE e de 0,6% para eclâmpسيا. É importante ressaltar que essas informações ainda são subestimadas e definitivamente variam de acordo com as regiões do país (ATALLAH *et al.*, 2017).

Dessa forma, tem se buscado meios de prevenir essa doença, sendo que, atualmente, a aspirina (AAS) é o tratamento mais prescrito com o intuito de precaver as complicações cardiovasculares (ATALLAH *et al.*, 2017). No entanto, mesmo em pacientes que iniciam a profilaxia por volta de 16 semanas, a prevalência residual de pré-eclâmpسيا pode chegar a 9,3%, indicando que nem todos os riscos predisponentes são mitigados e as suas indicações são controversas (BASCHAT *et al.*, 2018).

O presente estudo objetiva expor os resultados presentes na literatura acerca dos benefícios do uso de AAS para a prevenção de pré-eclâmpسيا, de forma a discutir seus mecanismos e evidenciar sua eficácia, embasada na dose, tempo de uso e idade gestacional.

MÉTODO

Este trabalho consiste em uma revisão de literatura, na qual todos os artigos foram selecionados de acordo com o recurso MeSH Database do PubMed. Os termos para a pesquisa foram previamente consultados na plataforma DECS, sendo utilizados: “Aspirin/Aspirina”, “Pre-eclampsia/Pré-eclâmpsia”. Os filtros utilizados foram “textos completos gratuitos” e “artigos publicados nos últimos 10 anos”, havendo um total de 144 resultados. Como critérios de inclusão e exclusão, foram levados em consideração a abrangência do trabalho e sua relação com os descritores escolhidos, havendo preferência por aqueles que abordavam principalmente o uso de AAS para a prevenção de pré-eclâmpsia. Diante disso, foram utilizados oito artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O AAS é um inibidor inespecífico da enzima ciclooxigenase (COX), consistindo em um dos medicamentos mais utilizados no mundo. Sua absorção depende de vários fatores, como a dissolução dos comprimidos, a forma farmacêutica e o pH gastrointestinal. Após a administração oral, em cerca de 30 minutos, atinge seu pico plasmático. Trata-se de um ácido fraco, com pH de 3,5, hidrolisado na circulação intestinal em ácido salicílico, que será rapidamente conjugado para formar seu principal metabólito, o ácido salicílico, que é excretado na urina. O AAS atua de forma a evitar a ligação do ácido araquidônico pela acetilação de uma serina da COX, bloqueio este que é dependente da dose, estável, covalente e irreversível, tendo efeito principalmente na inibição da COX-1. Uma única dose oral de 5–100 mg de aspirina consegue inibir de forma dose-dependente a atividade da COX plaquetária. A meia-vida da aspirina é próxima a 20 minutos (13–31 minutos) em humanos. Ressalta-se que a eliminação lenta de salicilatos está ligada ao alto nível plasmático de transportadores de proteínas (ATALLAH *et al.*, 2017).

Para compreender a relação entre o AAS e a prevenção de PE, é necessário conhecer um pouco da fisiopatologia da doença. Nesta, apesar de não ser totalmente explicada, nota-se a presença de uma alteração placentária, já que as manifestações clínicas da patologia perduram no decurso da gestação até o parto da placenta, o que indica um papel significativo deste órgão na patogênese da doença. Apesar de haver inúmeras teorias, a mais prevalente diz respeito à existência de uma má adaptação envolvendo uma placenta disfuncional e o sistema cardiovascular materno, e a origem da doença se daria através de remodelação incorreta da artéria espiral ao longo do desenvolvimento inicial da placenta. Ao sofrerem danificações, as vilosidades placentárias iniciam a secreção de proteínas angiogênicas em níveis incomuns, as quais adentram na circulação materna sistêmica e prejudicam a função vascular materna, culminando nos sinais clínicos da patologia (WAT *et al.*, 2018).

Algumas evidências apoiam também a hipótese de envolvimento do sistema imunológico materno. Caso existam problemas na adaptação imunológica ao trofoblasto, ocorrerá problemas na perfusão do mesmo, e conseqüente hipóxia. Essa ocasião levaria a vários fenômenos de hipóxia local e uma reoxigenação poderia aumentar efeitos locais, como a formação de espécies reativas de O₂, ativação do sistema inflamatório materno e uma aceleração de processos de apoptose celular que podem limitar o estabelecimento da normalidade placentação e desequilíbrio entre fatores pró-angiogênicos (fator de crescimento endotelial vascular e o fator de crescimento placentário, e fatores antiangiogênicos solúveis, como a tirosina quinase-1 tipo fms solúvel – sFLT-1, com predominância

deste último). O espasmo arteriolar universal consequente à ativação endotelial leva à um processo progressivo, gerando insuficiência de múltiplos órgãos (RAMOS *et al.*, 2017). O sFLT1 é a forma solúvel do receptor VEGF, que está presente em níveis elevados na circulação de pacientes com pré-eclâmpsia e é responsável pelo desequilíbrio angiogênico visto nesta patologia (ATALLAH *et al.*, 2017).

Além disso, na PE há uma desproporção entre marcadores anti e pró-inflamatórios; mais especificamente, há um aumento de Tromboxano A2 (TXA2) em relação à Prostaciclina (PGI2), desequilíbrio que está presente a partir de 13 semanas de gestação em pacientes de alto risco (WERTASCHNIGG *et al.*, 2019). Este desbalanço pode ser revertido através do uso da AAS, pois como a sua meia-vida é muito curta, a neossíntese de COX permite a retomada da produção de prostaglandinas algumas horas após a dose administrada. Desta forma, o endotélio recupera seu estado fisiológico quanto à síntese de COX, garantindo a secreção basal de PGI2. Porém, as plaquetas, onde o TXA2 é sintetizado, são anucleares e não podem compensar esse estado de acetilação, tornando a inibição da COX irreversível durante sua meia-vida, ou seja, de 7 a 10 dias. Assim, em uma baixa dose única diária, a aspirina rapidamente (< 30 min) inclina o equilíbrio TXA2/PGI2 a favor de PGI2, sem que haja impacto na produção de PGI2 (ATALLAH *et al.*, 2017). Isso associado ao fato de que a ingestão de AAS está ligada à diminuição acelerada da resistência do fluxo sanguíneo da artéria uterina, evidencia a forma como a aspirina pode facilitar a adaptação vascular placentária que é necessária para o sucesso da gravidez (BASCHAT *et al.*, 2018).

Com isso, a profilaxia universal foi discutida. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de PE são: primeira gravidez, história prévia ou familiar de PE, hipertensão crônica, diabetes, colagenose, etnia negra, obesidade e trombofilia. É importante no pré-natal dessas pacientes uma atenção especial para que o diagnóstico de PE seja realizado o mais cedo possível (HUANG *et al.*, 2019). Assim, qualquer condição de alto risco pode justificar a necessidade do uso do AAS. Porém, no máximo uma taxa de 40% de detecção de PE poderia ser realizada através da análise da história pregressa, sendo assim, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e a Sociedade de Ultrassom em Obstetrícia e Ginecologia (ISUOG) indicam que sejam realizados outros testes de triagem combinados como: medidas bioquímicas (fator de crescimento sérico da placenta e valores séricos de proteína-A) e resultados da biofísica (pressão arterial média, índice média de pulsatilidade da artéria uterina). Portanto, esta triagem combinada demonstra com maior especificidade um grupo de alto risco, fazendo com que a indicação para o uso de aspirina seja mais seguro (WERTASCHNIGG *et al.*, 2019)

No entanto, a profilaxia com AAS para PE tem sido avaliada predominantemente em pacientes de alto risco, podendo não ter o mesmo efeito em mulheres de baixo risco. Há a preocupação de que, se o AAS for prescrito universalmente, sem triagem, provavelmente reduziria a adesão geral e poderia aumentar a prevalência de efeitos colaterais. Além disso, a adesão pode ser mais fraca em mulheres de alto risco que não estão sendo explicitamente identificadas como tal. Na gravidez, isso é agravado pelo conselho geral de que é benéfico evitar medicamentos desnecessários. Recentemente, o uso rotineiro de AAS foi testado em mulheres de baixo risco para avaliar a aceitabilidade com boa adesão, relatada de 90%. No entanto, metade das mulheres abordadas recusou a randomização, porque não queriam tomar AAS sem um bom motivo. Além disso, as taxas de sangramento vaginal leve e hemorragia pós-parto (sem influenciar a necessidade de transfusão de sangue) foram maiores no grupo da AAS (WERTASCHNIGG *et al.*, 2019).

Em relação à posologia, o uso de AAS em baixa dosagem é recomendado e considerado eficazes na prática clínica. O uso de pequenas doses diárias (50-170 mg) para situações de risco são as únicas alternativas que mostraram algum grau de eficácia em ensaios clínicos randomizados. No entanto, esta medicação iniciada após 16 semanas de gestação não diminuiu a taxa de PE. As metanálises subsequentes mostraram consistentemente que a administração de AAS em baixa dose (50-150 mg/dia) em \leq 16 semanas de gestação para mulheres em risco de PE teve uma redução significativa em PE, em particular, PE prematuro. Além disso, essas meta-análises destacaram que os benefícios adicionais da profilaxia com AAS precoce inclui uma redução de 60% no risco de morte perinatal (POON *et al.*, 2019). Por mais que possa ser mantida até o parto, a suspensão após a 36ª semana é racional, pois evitaria riscos potenciais de aumento do sangramento durante o parto relatados anteriormente (BASCHAT *et al.*, 2018).

Um estudo recente mostrou que há uma diminuição modesta do risco de PE (10%) e de 24% nos nascimentos de recém-nascidos pequenos para idade gestacional. Há diversas pesquisas que sugerem uma melhor prevenção da PE quando o AAS se associa com anticoagulantes, como as moléculas de heparina. A heparina de baixo peso molecular (HBPM – enoxaparina, dalteparina e nadroparina) é citada em pesquisas como capaz de elevar a efetividade da profilaxia de PE quando associada ao AAS se comparada ao efeito desta última isoladamente (14% versus 27%) (WAT *et al.*, 2018).

Sobre os efeitos iatrogênicos, os exames laboratoriais de sangue do cordão umbilical em mulheres grávidas que fazem uso de AAS em baixa dose (100 mg/dia) não revelaram salicilato ou outros metabólitos, mas há uma queda acentuada no TXA2 plaquetário, que retorna ao normal em dois a três dias após a descontinuação da pós-tratamento do parto. Esta tem um efeito hematológico no feto por meio da circulação uteroplacentária, havendo relatos esporádicos de hemorragia intracraniana em bebês prematuros, em crianças com baixo peso e quando há fechamento precoce do canal arterial com o uso precoce e prolongado de doses de AAS maiores que 180 mg/dia. Este fato se deve pois a profilaxia com AAS deve ser interrompida por volta da 36 semanas de gestação, e o risco diz respeito principalmente às mulheres que dão à luz antes desse período. Os principais estudos de iatrogênese fetal e materna são tranquilizadores, e baixas doses de AAS administradas durante o primeiro trimestre não parecem constituir um risco teratogênico (ATALLAH *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Por fim, é sempre importante ressaltar que a real cura da pré-eclâmpsia ocorre somente após a retirada da placenta, à medida que a aspirina é uma intervenção que reduz o risco de PE e diversos estudos mostraram que essa relação depende da adesão, da dose e da idade gestacional. Embora não haja benefício no uso de AAS por pacientes de baixo risco para PE, há sim um benefício relatado para prevenção desta em pacientes de alto risco, desde que seja iniciada antes de 16 semanas de gestação e até a 36ª semana, em baixas doses (50-150 mg) e em pacientes mais suscetíveis, principalmente naquelas com histórico de PE e os fatores de risco descritos. Há boas evidências mostrando que a eficácia da AAS aumenta com o aumento da dose, porém foi também associado o uso de doses mais altas que o recomendado a complicações maternas e fetais, o que deve ser evitado. Além do mais, benefícios adicionais da profilaxia com AAS precoce ainda foram revelados, como a redução do risco de morte perinatal.

Dessa forma, baseado nos resultados encontrados, é recomendado que seja utilizado o AAS em baixas doses como profilaxia para a pré-eclâmpsia, desde que em pacientes sabidamente de alto risco para a doença, documentado não só pela história clínica e anamnese, como testes de triagem. A medicação deve ser realizada em baixas doses, iniciando antes de 16 semanas de gestação e prorrogando-se até a 36^a, se possível em associação com anticoagulantes, especialmente heparina. Além disso, é fundamental a atuação do profissional de saúde de forma a estimular o uso do medicamento em sua paciente, para tentar garantir ao máximo sua adesão, fator importante também para a profilaxia. Por fim, destaca-se que ainda são necessários mais estudos para avaliar a segurança e eficácia em populações de baixo risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATALLAH, A. *et al.* Aspirin for prevention of preeclampsia. *Drugs*, v. 77, p. 1819, 2017.

BASCHAT, A.A. *et al.* Maternal blood-pressure trends throughout pregnancy and development of pre-eclampsia in women receiving first-trimester aspirin prophylaxis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 52, p. 728, 2018.

HUANG, J. *et al.* Aspirin and heparin for the prevention of pre-eclampsia: protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*, v.9, p. 2, 2019.

POON, L.C. *et al.* The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 146, p. 390, 2019.

RAMOS, J.G.L. *et al.* Pré-eclâmpsia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 39, p. 496, 2017.

WAT, J.M. *et al.* Molecular actions of heparin and their implications in preventing pre-eclampsia. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, v. 16, p. 1510, 2018.

WERTASCHNIGG, D. *et al.* Evidence-based prevention of preeclampsia: Commonly asked questions in clinical practice. *Journal of Pregnancy*, v. 2019, p. 1, 2019.

WERTASCHNIGG, D. *et al.* Prenatal screening for pre-eclampsia: Frequently asked questions. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v.59, p. 477, 2019.

113

MORTALIDADE POR HEMORRAGIA PÓS- PARTO NO BRASIL ENTRE 2008-2018: POSSÍVEIS FATORES RELACIONADOS

FILIAÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Canoas, RS.

² Acadêmica do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Porto Alegre, RS.

³ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Rio Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, RS.

⁴ Professor do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Canoas, RS.

AUTORES

VICTÓRIA MACHADO SCHEIBE¹

GIULIA PARMEGGIANI ZAMPIERI¹

MAIANA LARISSA DE CASTRO NAGATA¹

GABRIELA KREUTZ FERRARI¹

VITÓRIA TISCHER DACROCE¹

LUIZA FERNANDES XAVIER²

LAURA FERNANDES XAVIER³

MARCELO MARSILLAC MATIAS⁴

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto; Brasil; Mortalidade.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a hemorragia pós-parto (HPP) é definida como uma perda sanguínea maior que 500 mL no pós-parto vaginal, ou maior que 1000 mL na cesariana. A HPP é uma emergência obstétrica, a qual está dentro das cinco causas de maior mortalidade materna (MM) tanto nos países desenvolvidos, como os Estados Unidos da América, como nos países em desenvolvimento, como o Brasil (BELFORT, 2020). Estima-se que 30% dos óbitos maternos de causa obstétrica no mundo sejam devido a essa condição, com aproximadamente 1 óbito a cada 150.000 partos. Mesmo com manejo terapêutico apropriado, cerca de 3% dos partos vaginais evoluem com HPP grave (BAGIERRI *et al.*, 2011).

Percebe-se que a mortalidade materna por conta da HPP ocorre por inúmeras causas; dentre essas explicações, estão atonia uterina, traumas como a laceração de canal de parto e inversão uterina, retenção de restos placentários e distúrbios de coagulação, sendo a atonia uterina a mais comum (BAGIERRI *et al.*, 2011). Ademais, outra condição que pode ser identificada como fator de risco é a falta de protocolo de conduta (BAGIERRI *et al.*, 2011).

Devem ser diagnosticados ainda no acompanhamento pré-natal quadros que predis põe hiperdistensão uterina, tais como o polidrâmnio, gestação gemelar e macrossomia fetal; condições que comprometam a contração e retração uterina como a presença de miomas uterinos,

hipoproteïnemia, grande multiparidade; obesidade; HPP em gestação anterior; idade materna acima de 35 anos. Durante o acompanhamento clínico do trabalho de parto e do período expulsivo, associam-se com quadro de sangramento elevado: parto prolongado associado à infecção uterina, descolamento prematuro da placenta, apoplexia uterina, parto taquitócico, uso indiscriminado de ocitocina, retirada manual da placenta, anestesia geral e uso de sulfato de magnésio (BAGIERRI *et al.*, 2011).

A HPP que ocorre nas primeiras 24 horas após o parto é chamada de primária, enquanto a hemorragia que ocorre entre as 24 horas até 12 semanas depois no parto é chamada de secundária (BELFORT, 2020). O diagnóstico geralmente é estabelecido em mulheres com sangramento maior do que o esperado. Todavia, esse diagnóstico pode atrasar, visto que o sangramento pode não ser aparente, como nos casos de sangramento intra abdominal, que ocorre depois do parto vaginal ou do fechamento do abdômen pós-cesariana (BELFORT, 2020).

A prevenção da hemorragia pós-parto e de suas complicações associadas inicia-se no período pré-natal. Além de atenção especial aos fatores de risco, faz-se necessário o reconhecimento de anemias e sua correção de forma adequada. No intraparto, a eliminação da episiotomia rotineira promove redução considerável da perda sanguínea, o que também pode minimizar os efeitos das hemorragias pós-parto.

Após o desprendimento fetal, a primeira conduta preventiva é o clampeamento precoce do cordão umbilical, que reduz o terceiro período do parto, além de levar ao acréscimo dos níveis de ferro e redução de anemia ao neonato, se realizada em até 60 segundos. A tração controlada do cordão umbilical, não intempestiva, enquanto se aguarda a separação da placenta, parece ser medida eficiente em evitar inversão uterina e sangramento consequente. Todas essas atuações não eliminam a necessidade rotineira de administração de agentes uterotônicos (BAGIERRI *et al.*, 2011).

O presente trabalho tem como objetivo analisar todos os dados referentes ao período de 2008 a 2018 no nosso país, como o perfil epidemiológico das mulheres que mais morrem por conta da hemorragia pós-parto.

MÉTODO

Estudo epidemiológico descritivo retrospectivo que analisou o perfil de óbitos relacionados à hemorragia pós-parto no Brasil no período entre 2008 e 2018. Foram coletados e analisados os dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) com auxílio dos programas TABWIN (tabulador para Windows) e TABNET (tabulador para internet). Dados considerados ignorados foram quantificados, mas não foram considerados nas análises comparativas. Enfatiza-se que pesquisas envolvendo dados de domínio público sem identificação, como o SIM, não necessitam de aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP (Comissão de Ética em Pesquisa-Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

DATASUS, SIM e DO

O DATASUS foi fundado em 1991 e tem como responsabilidade abastecer os órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação a sistemas de informações, coletas de dados, difusão de informações e suporte de informática. Esse departamento tem como missão promover a

modernização por meio da tecnologia da informação para apoiar o sistema de saúde. Esse departamento administra o conhecimento dos indicadores de saúde, como assistência à saúde, dados epidemiológicos, morbidade, demográficos e socioeconômicos. (Departamento de Informática do SUS).

Em 1979, houve a implantação do SIM, promovendo a reunião de dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos em todo o território nacional. Conseqüentemente, o sistema é dependente da captação responsável desses dados e a integridade das informações coletadas. Para tal, faz-se necessário o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) padronizada, instrumento de onde os dados de mortalidade são obtidos. Os formulários de DO são pré-numerados, apresentados em três vias e devem ser preenchidos pelas unidades notificantes do óbito e recolhidas, de forma regular, pelas Secretarias Municipais de Saúde. (Departamento de Informática do SUS).

Análise de dados

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel. Realizou-se cálculo de média, desvio padrão e percentual. Dados considerados ignorados foram quantificados, mas não foram considerados nas análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período avaliado, foram registrados 2.611 óbitos devido a complicações relacionadas predominantemente ao puerpério no Brasil; deste total, 1.081 (41,4%) foram decorrentes de hemorragia pós-parto (Tabela 1). A identificação desses óbitos foi mais frequente: na raça indígena (78,1%), entre mulheres com nenhuma escolaridade (50,7%), na faixa etária entre 40 e 49 anos (69,2%), entre mulheres separadas judicialmente (63,8%).

Tabela 1. Caracterização amostral

<i>Idade</i>	Óbitos por HPP	Óbitos relacionados ao puerpério	% (óbitos por HPP/óbitos relacionados ao puerpério)
<i>10 - 14 anos</i>	5	39	12,82
<i>15 - 19 anos</i>	96	425	22,58
<i>20 - 29 anos</i>	358	1.096	32,66
<i>30 - 39 anos</i>	503	878	57,28
<i>40 - 49 anos</i>	117	169	69,23
<i>Ignorado</i>	2	0	
<i>Escolaridade</i>	Óbitos por HPP	Óbitos relacionados ao puerpério	% (óbitos por HPP/óbitos relacionados ao puerpério)
<i>Nenhuma</i>	38	75	50,66
<i>1 - 3 anos</i>	130	302	43,04
<i>4 - 7 anos</i>	262	676	38,75
<i>8 - 11 anos</i>	371	862	43,03
<i>12 anos ou mais</i>	98	237	41,35
<i>Ignorado</i>	182	459	
<i>Estado civil</i>	Óbitos por HPP	Óbitos relacionados ao puerpério	% (óbitos por HPP/óbitos relacionados ao puerpério)
<i>Solteira</i>	495	1.368	36,18
<i>Casada</i>	349	695	50,21
<i>Viúva</i>	6	16	37,5

<i>Separada judicialmente</i>	30	47	63,82
<i>Outro</i>	141	266	53,00
<i>Ignorado</i>	60	219	
Cor/Raça	Óbitos por HPP	Óbitos relacionados ao puerpério	% (óbitos por HPP/óbitos relacionados ao puerpério)
<i>Branca</i>	366	813	45,01
<i>Preta</i>	85	264	32,19
<i>Amarela</i>	6	4	150
<i>Parda</i>	555	1.361	40,77
<i>Indígena</i>	32	41	78,04
<i>Ignorado</i>	37	128	

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [Internet], 2020.

Em relação à variável raça, nota-se que a indígena se destacou nesse estudo, o que corrobora a literatura no que diz respeito a aspectos epidemiológicos relacionados aos fatores étnico-raciais no Brasil - evidenciando maiores taxas de mortalidade em termos de causas evitáveis em mulheres afrodescendentes e indígenas, associando raça e desassistência à saúde de alguns grupos sociais (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Entre os motivos principais para tal situação, ressaltam-se: dificuldade no acesso aos serviços básicos e especializados de saúde, baixa qualidade no atendimento e falta de capacitação dos profissionais voltados para atender aos riscos específicos aos quais mulheres indígenas estão expostas. Nesse contexto, destaca-se que a mulher indígena está inserida em um grupo populacional com baixas condições socioeconômicas, elevadas taxas de fecundidade, início da vida reprodutiva precoce e intervalos intergestacionais curtos, demandando acompanhamento no pré-natal, sobretudo para identificar e monitorar, especialmente, os casos de gravidez de médio e alto risco - e, dessa forma, reduzir as complicações na hora do parto e, conseqüentemente, a mortalidade materna e fetal (SOUZA *et al.*, 2013; ESTIMA & ALVES, 2019).

Em relação à faixa etária, sabe-se que mulheres que engravidam após os 35 anos compõem um grupo de maior risco de complicações, tanto em relação à gestação em si, quanto ao momento do parto, em virtude de hemorragias, prematuridade e malformações fetais. Além disso, estudo demonstrou que mulheres com mais de 30 anos representam categoria de maior risco de morte materna, cerca de 2,45 vezes maior quando comparado com mulheres de 20 a 29 anos (WANDERLEY *et al.*, 2017).

É cada vez mais frequente a opção por uma gestação mais tardia. Fatores sociais como inserção no mercado de trabalho e busca pela instabilidade financeira, maior tempo de estudo e o desejo de concretizar matrimônio, contribuem com essa decisão. Desta forma, essas mulheres estão mais vulneráveis ao risco de óbito materno fetal (CARVALHO *et al.*, 2014; LIMA, 2019).

No que tange à escolaridade, existe comum acordo com a literatura quando se afirma que o nível de instrução reduzido se configura como um fator de risco comum na morbimortalidade materna, já que se relaciona normalmente com menor regularidade a exames preventivos, apontando a presença de desigualdades quanto à utilização de serviços de prevenção.

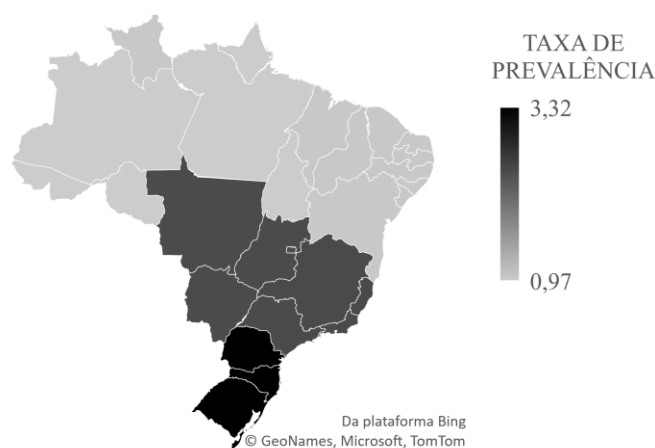
A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres puérperas, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade, demonstrando que índices elevados de mortalidade materna são indicativos de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, resultando em dificuldades de acesso a serviços de saúde e

prevenção de boa qualidade. Em um estudo realizado no período de 1996 a 2005, demonstrou-se que mulheres com nível secundário completo ou superior tiveram melhor assistência médica, comparadas a mulheres com nível educacional inferior. Estes resultados reforçam as estatísticas que associam a morte materna à baixa escolaridade (MORSE *et al.*, 2011).

Diante dos resultados do trabalho, os quais sugerem que os óbitos maternos ocorrem majoritariamente em mães solo, deve-se pensar a respeito das gestações maternas sem um(a) parceiro(a) fixo(a), assim como relações conjugais não oficializadas e/ou abertas, visto que a quebra de laços com o(a) companheiro(a) pode acarretar em desamparo da mulher, o qual pode ser justificado devido à ausência, na maior parte dos casos, de aporte afetivo, emocional, social, financeiro e de encorajamento ao autocuidado à mãe. Ademais, essa situação pode ser somada à ausência do suporte familiar, em alguns casos, proporcionando ainda mais riscos à mulher gestante, tendo, portanto, maior propensão a compor um grupo desprotegido (FERRAZ & BORDIGNON, 2012). Faz-se importante ressaltar, então, que uma boa rede de apoio se configura como um fator de proteção em relação ao aparecimento de complicações maternas (LIMA, 2019).

A Região Sul apresentou a maior prevalência de casos (58,5%), e a Região Nordeste a menor (36,1%) (Figura 2). Os dados obtidos nesse estudo refutam diversos estudos que apontam a Região Nordeste como a de maior prevalência em MM por HPP, por ser tratar de uma região com elevada porcentagem de analfabetismo, com grande público em vulnerabilidade por rendimento econômico e carências sociais, e também com obstáculos encontrados para acessar e fazer uso dos serviços de saúde (LIMA, 2019). Entretanto, sabe-se que em países em desenvolvimento, como o Brasil, há uma dificuldade de padronização no preenchimento de atestados de óbitos. Além disso, observa-se também que a região Nordeste apresenta elevada taxa de subnotificação, desta forma as discrepâncias regionais encontradas podem estar relacionadas à má qualidade dos registros (SOUZA *et al.*, 2013; LIMA, 2019).

Figura 2. Mortalidade decorrente de HPP por região (Brasil, 2008-2018)



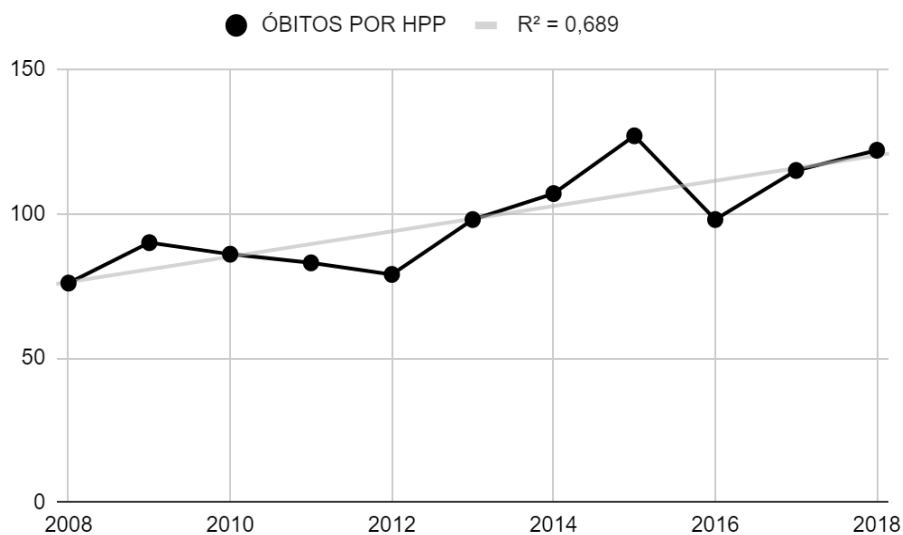
Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [Internet]; 2020

Em relação aos óbitos decorrentes de hemorragia pós-parto no Brasil entre 2008-2018, constata-se em média 98,27 casos por ano ($\pm 16,69$), com aumento progressivo no número de

mortalidade ($R^2=0,689$) ao longo dos anos (Figura 3). Identificou-se o maior número de casos absolutos de óbitos infantis decorrentes de acidentes em 2018 (122) e menor em 2008 (76). Embora desde 2015 tenha sido implantada no Brasil a estratégia “Zero Morte Materna por Hemorragia”, verifica-se que as ações implementadas não foram suficientes para reduzir a taxa de mortalidade por HPP no país no período analisado (LIMA, 2019).

Nesse sentido, o aumento da taxa de mortalidade materna causada por hemorragia propõe a necessidade de implementar protocolos clínicos padronizados no manejo dessa enfermidade por parte dos gestores. O reconhecimento precoce de casos potencialmente graves, associado à infraestrutura adequada das unidades de saúde, são pontos fundamentais para a redução desses números (SOUZA *et al.*, 2013).

Figura 3. Mortalidade decorrente de HPP por ano (Brasil, 2008-2018)



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [Internet], 2020.

A morte causada por hemorragia é alarmante e constitui um problema de saúde pública relevante dada a magnitude que essa representa e, também, à vulnerabilidade de mulheres saudáveis e as implicações para futuras gerações (VIANA *et al.*, 2011). Esse cenário demonstra a necessidade de ações imediatas de saúde pública no que tange à assistência pré-natal, objetivando a melhoria da detecção de gravidez de risco e prevenção das complicações relacionadas à mesma, evitando mortalidade materna (SOUZA *et al.*, 2013; ESTIMA & ALVES, 2019).

CONCLUSÃO

Este é o primeiro estudo a avaliar o perfil epidemiológico de óbitos de mulheres decorrentes de hemorragia pós-parto em todo o Brasil no período entre 2008-2018. O baixo número de casos de óbitos registrados sugere possível subdiagnóstico e sub-registro, evidenciando a necessidade de intervenções para a detecção adequada e precoce de hemorragia pós-parto.

Fatores como idade materna, raça e nível de escolaridade foram relacionados com maior risco de mortalidade materna por HPP. Esses dados têm relevância para a saúde pública, podendo nortear ações de prevenção mais direcionadas e efetivas a fim de minimizar de riscos e,

consequentemente, reduzir o número de óbitos. Ainda assim, surge que mais estudos sejam realizados com foco em cada fator para melhor compreensão da interferência individual desses no risco de HPP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAGIERRI, R.A.A. *et al.* Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2011.
- BELFORT, M.A. Overview of Pospartum hemorrhage. 2020.
- CARVALHO, M.V.P. *et al.* Mortalidade materna na capital do Piauí. Revista Interdisciplinar, Teresina, v. 7, p. 17, 2014.
- DATASUS. Histórico/apresentação. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://datasus1.saude.gov.br/datasus>>. Acesso em: 04 nov. 2020.
- ESTIMA, M.N. & ALVES, S.V. Mortes maternas e de mulheres em idade reprodutiva na população indígena, Pernambuco, 2006-2012. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 28, e2018003, 2019.
- FERRAZ, L. & BORDIGNON, M. Mortalidade Materna No Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 36, n. 2, 2012.
- LIMA, T.C. Mortalidade por hemorragia pós-parto no Brasil de 1996 a 2016. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019.
- MORSE, M.L. *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Caderno de Saúde Pública, v. 27, p. 623, 2011.
- SIM - Sistema de Informações de Mortalidade. Departamento de Informática do SUS. Disponível em <<http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade>> Acesso em: 4 nov. 2020.
- SOUZA, M.L. *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, p. 711, 2013.
- TEIXEIRA, N.Z.F. *et al.* Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 12, p. 27, 2012.
- VIANA, R.C. *et al.* Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. Revista Comunicação em Ciências da Saúde, v. 22, S141, 2011.
- WANDERLEY, R.M.M. *et al.* Perfil da mortalidade materna. Revista de Enfermagem UFPE, v. 11, p. 1116, 2017.

FILIAÇÃO

¹ Acadêmico(a) do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná - UFPR, Curitiba, PR.

² Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas - UCPel, Pelotas, RS.

AUTORES

WALESKA JACKOWSKI BILOUS¹

AUGUSTO BOSHAMMER PIAZERA¹

RAFAEL PELISSARO²

Palavras-chave: Medicina; Violência Obstétrica, Autonomia da Gestante.

INTRODUÇÃO

O conceito de desrespeito e abuso durante o parto é usado internacionalmente para designar a violência obstétrica (LANSKY *et al.*, 2019). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, em 2014, a violência obstétrica como um problema de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês (WHO, 2014). Assim, dentre as formas de abuso mais comumente observadas no mundo estão a recusa a acompanhante de escolha da gestante, a falta de informação sobre os diferentes procedimentos realizados durante o parto e exames vaginais repetitivos sem justificativa (JARDIM & MODENA, 2018). Além disso, a realização de práticas sem respaldo científico, a exemplo da manobra Kristeller, a episiotomia e a litotomia, são realizadas em grande escala no país, com prevalência de 37%, 56% e 92%, respectivamente, segundo estudo realizado com 23.940 mulheres em 2014 (LEAL *et al.*, 2014). Dessa forma, é dentro deste cenário que a realização desenfreada e desnecessária de partos cesáreos ganha destaque no Brasil. A grande proporção de cesarianas realizadas no Brasil em 2013 (55,6%) ultrapassa a recomendação proposta pela OMS, de 15% (RODRIGUES *et al.*, 2016). Logo, esse excesso de intervenções no parto figura como parte da violência obstétrica no Brasil, contribuindo para os índices elevados morbimortalidade materna e neonatal (LANSKY *et al.*, 2019).

O objetivo deste estudo foi, portanto, delinear as facetas da violência obstétrica no Brasil com base em estudos recentes realizados em território nacional, de forma a promover um diálogo claro e aberto sobre o tema, para que sejam desenvolvidos mecanismos para sua identificação e prevenção. Além disso, visou-se caracterizar os diferentes tipos de procedimento de parto, a fim de fornecer às gestantes uma clara perspectiva sobre o assunto baseando-se nos princípios bioéticos, em especial o da autonomia.

MÉTODO

Idealizou-se uma pesquisa bibliográfica conduzida a partir de uma revisão de literatura, realizada nas principais bases de dados, como SciELO, PubMed e Google Acadêmico. Utilizou-se os descritores MeSH (*Medical Subject Headings*) e seus correspondentes DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “*obstetrics*”, “*violence*”, “*Brazil*” e “*epidemiology*”, combinados através do operador booleano AND. Aplicou-se os filtros de busca para artigos publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas inglês e português, sendo selecionados artigos originais ou de revisão com abordagem referente ao assunto. Produções que não atenderam tais critérios de seleção foram excluídas. Também foi realizada pesquisa a partir das principais referências citadas pelos artigos escolhidos. Dessa maneira, foram selecionados os 23 artigos que compõem esta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pesquisas nacionais realizadas sobre o modelo obstétrico brasileiro vigente apontam que uma em quatro mulheres no Brasil sofreu algum tipo de violência durante a assistência ao parto (RODRIGUES *et al.*, 2016; ANDRADE *et al.*, 2016). Dentre as formas de abuso citadas, 10% sofreram toque vaginal de forma dolorosa; 10% tiveram negação de métodos de alívio à dor; 9% receberam gritos; 23% sofreram violência verbal (ANDRADE *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2017). Nesse cenário, tal modelo obstétrico, exclusivamente hospitalar, intervencionista e medicalizado, é apontado como uma das causas dos elevados índices de óbito materno e neonatal (SOUZA, 2015; DIAS, 2011). Além disso, a indução coletiva para a realização de cirurgias cesáreas no Brasil também constitui uma violação dos direitos reprodutivos das pacientes que dependem da saúde pública (DIAS & MACHADO, 2019). Um exemplo disso é a situação vivida pelas gestantes de Trindade (GO), cidade com população estimada de 125.238 habitantes, que não apresentam opção de ter partos naturais, apenas por intervenção cirúrgica (DIAS, 2019). Dessa maneira, estudos realizados com diferentes metodologias nos últimos anos apontou a insatisfação das mulheres brasileiras acerca da possibilidade de escolha pessoal da via de parto (WEIDLE *et al.*, 2014; HOTIMSKY *et al.*, 2002).

Os números da violência obstétrica no Brasil e no mundo

Um estudo promovido pela OMS relatou que a violência é encontrada em todos os países do mundo, variando de 15% no Japão até 71% na Etiópia (GARCIA-MORENO *et al.*, 2006). Dentro deste cenário, as mulheres grávidas não estão livres de risco. Pesquisas realizadas ao redor do mundo mostram que aproximadamente 33% das mulheres mexicanas sofreram violência obstétrica em seu último trabalho de parto (CASTRO & FRÍAS, 2020). Além disso, países como os Estados Unidos buscam alternativas, tanto pessoais quanto legais, para superar o transtorno de estresse pós-traumático causado pelo tratamento degradante e perda de dignidade causada pela violência obstétrica no ato do trabalho de parto (DIAZ-TELLO, 2016). Dessa forma, é dentro desse panorama em que se pode visualizar a realidade brasileira acerca deste tipo de violência. Em território nacional, estudo realizado por Andrade *et al.* (2016) com uma amostra de 603 pacientes, mostrou que aproximadamente 87% destas sofreram algum tipo de violência durante o trabalho de parto, considerando o uso de intervenções desnecessárias. Mais de 65% dessas mulheres referiram o

incentivo aos puxos voluntários, a incidência da posição supina e de litotomia foi de 27% e 12%, respectivamente, enquanto o uso de ocitocina e de amniotomia foi de 41% e 31%, respectivamente. O clampeamento precoce do cordão umbilical também se fez presente em 30% das pacientes. Outras informações acerca das práticas prejudiciais realizadas encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das práticas prejudiciais e intervenções durante o trabalho de parto em maternidade de Recife (PE) em 2015

Variáveis/Categorias	N = 603	%
Uso da posição supina	162	27,0
Uso da posição litotômica	72	12,0
Exame retal	59	10,0
Administração de ocitócitos	245	41,0
Incentivo aos puxos voluntários	390	65,0
Amniotomia precoce	186	31,0
Manobra de Kristeller	52	9,0
Manipulação ativa do feto/ Toques vaginais repetidos	112	19,0
Restrição hídrica e alimentar no trabalho de parto	54	11,0
Uso da epsiotomia	13	2,0
Clampeamento precoce do cordão umbilical	180	30,0

Fonte: ANDRADE *et al.*, 2016.

A autonomia da gestante do momento de escolha da via do parto

O Brasil se destaca, no cenário mundial, como país em que mais da metade dos nascimentos são realizados através de uma cirurgia, em sua maioria eletiva (LEAL *et al.*, 2012). Nesse sentido, devido à sua incidência e pelas controvérsias acerca de seus sentidos e consequências, a cesariana é considerada um problema de saúde pública e, desse modo, tem sido objeto de interesse de estudos acadêmicos (RISCADO *et al.*, 2016). Dessa maneira, constatou-se que os riscos associados aos partos cesáreos estão tornando-se cada vez mais evidentes. Pesquisa publicada por Villar *et al.* (2006), na revista *The Lancet*, investigou oito países da América Latina, mostrando que o aumento das taxas de cirurgias cesáreas são diretamente proporcionais ao aumento da mortalidade materna, maior uso de antibióticos no período pós-parto e morbidade materna grave. Outro estudo prospectivo realizado pelo mesmo autor também relatou maiores frequências de mortalidade, internação em UTI, transfusão de sangue, histerectomia, antibioticoterapia para mulheres que se submeteram a cesáreas eletivas (VILLAR *et al.*, 2007). Outras informações acerca da relação do parto cesáreo com a morbidade e mortalidade materna são mostradas na Tabela 2.

Tabela 2. Relação entre parto cesáreo e morbidade e mortalidade materna de acordo com o tipo de parto

Variáveis/Categorias:	Nº (%) com parto vaginal	Nº (%) com cesárea eletiva
No geral	1125/62.078 (1.8)	723/13.081 (5.5)
Morte	7/62.455 (0.01)	5/13.198 (0.04)
Admissão na UTI	339/62.415 (0.54)	359/13.197 (2.72)
Transfusão de sangue	274/62.267 (0.44)	129/13.167 (0.98)
Histerectomia	33/62.230 (0.05)	46/13.109 (0.35)
Permanência no hospital > 7 dias	550/62.463 (0.88)	336/13.201 (2.55)

Fonte: VILLAR *et al.*, 2007.

Além disso, a cesariana também está associada a uma série de efeitos adversos no recém-nascido, incluindo altas taxas de mortalidade neonatal, admissão à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e uso de ventilação mecânica em recém-nascidos em gravidezes de baixo risco (RISCADO *et al.*, 2016).

Dessa forma, percebe-se que a cesariana é uma cirurgia de grande porte que, como qualquer outra cirurgia, acarreta riscos e necessita de indicação clínica. Nesse cenário, o medo da dor, falta de informação sobre os riscos de uma cesariana e preferência do próprio médico por cesarianas devido à comodidade de planejar o nascimento e à rapidez do procedimento são alguns dos fatores que ajudam a explicar a banalização do parto cirúrgico e a epidemia de cesáreas no país (JENABI *et al.*, 2019). Desse modo, faz-se dever do profissional da saúde auxiliar as mulheres na construção da sua autonomia, da sua noção do “eu” e da percepção destas como indivíduos atuantes em busca de sua autoestima e preservação corporal. Assim, as gestantes serão capazes de reconhecer seus direitos, de modo a evitar casos de violência obstétrica, atuar ativamente na melhor escolha da via de parto e, conseqüentemente, promover o aumento da qualidade da saúde no Brasil. Logo, os ideais abstratos da bioética – respeito, autonomia do paciente e a exigência de consentimento informado – figuram como os únicos meios adequados e necessários para efetuar tal mudança no cenário obstétrico brasileiro (REIS, 2019).

Alternativas para o combate da violência obstétrica no Brasil

A redução da violência obstétrica e a humanização da assistência hospitalar ao parto no Brasil é um desafio antigo (MARQUES & NASCIMENTO, 2019). O “Projeto Parto Adequado” e o “Projeto Apice On” são algumas alternativas implementadas no Brasil que apoiam a humanização do parto (MARIN & ISER, 2018). Ao final do piloto do Projeto Parto Adequado, em 2016, a taxa de partos vaginais em 26 hospitais que participaram do estudo cresceu em média 76%, enquanto que o Projeto Apice On, implementado em 2017, possui como objetivos centrais o aprimoramento na formação, atenção e gestão dos profissionais (MARIN & ISER, 2018). Outra alternativa para auxiliar no combate à violência obstétrica está em compreender a gestante de maneira holística, aprimorando a atenção ao binômio mãe-bebê (BENUTE *et al.*, 2013). Durante as consultas do pré-natal, os profissionais da área da saúde devem, de forma multidisciplinar, analisar o perfil

sociodemográfico, clínico e psicológico da gestante, para assim conhecer e desmistificar expectativas, dúvidas e o medo do desconhecido que permeia o período gravídico-puerperal (AYRES *et al.*, 2018). Dessa forma, compreender as expectativas das gestantes é uma alternativa singular, pois cada mulher é diferente, logo, possui sentimentos e dúvidas distintas. Dessa forma, constata-se que a redução da violência obstétrica é um desafio na América Latina (QUATTROCCHI, 2019), porém com o movimento da humanização na atenção à saúde materno-infantil, há esperança de um novo cenário.

CONCLUSÃO

O debate acerca da violência obstétrica no Brasil é de grande importância quando se trata da saúde da mulher e da criança, pois molda as influências da cultura e percepção do parto pela sociedade. Nesse sentido, o termo “violência obstétrica” ainda não apresenta um conceito único, nem definido em termos legais, o que minimiza os direitos e a autonomia das gestantes, uma vez que não pode ser denunciada ou criminalizada. Dentro desse cenário, as práticas carregadas de significados estereotipados de desvalorização da mulher se tornam naturalizadas na cultura institucional. Logo, a humanização do processo de parto através de projetos como o “Apice On” e “Parto Adequado” podem contribuir para ampliar o conhecimento e a divulgação sobre o problema, além de apoiar a disseminação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento, com a finalidade de reduzir as intervenções desnecessárias, reduzir o excesso de cesarianas, a morbimortalidade evitável e melhorar a experiência das mulheres durante o parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, P.D.O.N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, p. 27, 2016.
- AYRES, L.F.A. *et al.* A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3525, 2018.
- BENUTE, G.R.G. *et al.* Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 35, p. 281, 2013.
- CASTRO, R. & FRÍAS, S. M. Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey. *Violence Against Women*, v. 26 p. 555, 2020.
- DIAS, M. & MACHADO, V.E.M. Obstetric violence in Brazil: an integrated multiple case study. *Humanities and Social Sciences Review*, v. 8, p. 117, 2019.
- DIAS, M.A.B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, p. 1042, 2011.
- DIAZ-TELLO, F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, v. 24 p. 56, 2016.
- GARCIA-MORENO, C. *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, v. 368, p. 1260, 2006.
- HOTIMSKY, S.N. *et al.* O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, p. 1303, 2002.
- JARDIM, D.M.B & MODENA, C.M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, p. 1, 2018.
- JENABI, E. *et al.* Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, v. 33, p. 3867, 2019.
- LANSKY, S. *et al.* Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 2811, 2019.
- LEAL, M.D.C. *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reproductive Health*, v. 9, p. 1, 2012.
- LEAL, M.D.C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 17, 2014.
- MARIN, D.F.D & ISER, B.P.M. Robson classification system applied to the Brazilian reality. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 220, p. 205, 2018.
- MARQUES, G.M. & NASCIMENTO, D.Z.D. Alternativas que contribuem para a redução da violência obstétrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 4743, 2019.
- QUATTROCCHI, P. Obstetric violence observatory: contributions of Argentina to the international debate. *Medical Anthropology*, v. 38, p. 762, 2019.
- REIS, E. Did Bioethics Matter? A History of Autonomy, Consent, and Intersex Genital Surgery. *Medical Law Review*, v. 27, p. 658, 2019.
- RISCADO, L.C. *et al.* A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 25, p. 1, 2016.

RODRIGUES, F.A. *et al.* Violence obstetric in the parturition process in maternities linked to the Stork Network. *Reprodução & Climatério*, v. 32, p. 78, 2017.

RODRIGUES, J.C.T. *et al.* Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. *Revista Multitexto*, v. 4, p. 48, 2016.

SOUZA, J.P.A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 37, p. 549, 2015.

VILLAR, J. *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, v. 367, p. 1819, 2006.

VILLAR, J. *et al.* Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *The BMJ*, v. 335, p. 1, 2007.

WEIDLE, W.G. *et al.* Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 22, p. 46, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=8C9CC444B7E8F67AB91B2610F2C0B9E6?sequence=3. Acesso em: out. 2020.

ÍNDICE REMISSIVO

- Abortamento de repetição: 694
Abortamento recorrente: 694
Aborto provocado: 825
Absorventes Higiênicos: 491
Acolhimento: 319
Acretismo: 532
Adaptação Fisiológica: 720
Administração hospitalar: 550
Agenesia do Corpo Caloso: 619
Aleitamento Materno: 514, 778
Amazonas: 245
Anatomia: 70
Anemia Ferropriva: 444
Anticoncepção: 784
Anticoncepcionais: 660
Apoio Social: 818
Artrite Reumatoide: 424
Aspirina: 912
Assistência ao Parto: 253
Assistência Integral à Saúde da Mulher: 27
Assistência Integral à Saúde Das Mulheres: 540
Atenção Básica: 311, 436
Atenção Primária à Saúde: 138
Atividades Socioeducativas: 655
Atualizações: 408
Autoconhecimento: 642
Autonomia da Gestante: 926
Ayurveda: 380
Brasil: 720, 803, 918
Câncer de colo do útero: 858
Câncer de Colo Uterino: 245
Câncer de mama: 13, 176, 448, 479, 545, 778
Câncer do Colo do Útero: 311
Câncer: 149, 277, 604, 834
Cárcere no Brasil: 758
Carcinogênese Mamária: 344
Cavidade Oral: 269
Cervicite: 525
Cesárea: 532
Cesariana: 186
Ciclo menstrual: 62
Cistos do Sistema Nervoso Central: 619
Citopatológico: 340, 356
Climatério: 389
Controle de qualidade: 550
Corrimento Vaginal: 237, 525
Corrimento: 227
Covid-19: 113, 565
Cuidado: 674
Cuidado Pré-Natal: 886
Cuidados: 845
Cuidados de Enfermagem: 747
Depressão Pós-Parto: 27, 274, 752, 873
Depressão puerperal: 845
Depressão: 300, 374, 767, 839
Desenvolvimento Fetal: 89
Detecção: 277
Diabetes: 362
Diabetes Melito Tipo 2: 296
Diabetes Mellitus Gestacional: 118
Dismenorreia: 738
Dispositivos Intrauterinos: 784
Doença Autoimune: 424
Doença Trofoblástica Gestacional: 849
Doenças Sexualmente Transmissíveis: 455
Doenças: 89
Dor Pélvica: 1
Eclampsia: 575
Educação Online: 263
Educação Sexual: 162
Efeitos Colaterais: 660
Empoderamento Feminino: 350
Endometriose: 1
Enfermagem: 752, 767, 825
Enfermeira obstetra: 39
Enoxaparina: 205
Ensino Médico: 263
Envelhecimento: 505
Epidemiologia: 128, 418, 560, 834, 886
Esclerose Sistêmica: 269
Estudos de Validação: 176
Ética: 286
Falha de Tratamento: 162
Fatores de risco: 873
Fibromialgia: 109
Fisiologia: 505
Gênero: 331
Gestação: 545
Gestante: 418, 495, 585, 669
Ginecologia: 319, 592, 631, 784
Gravidez: 205, 362, 402, 444, 720
Habilidades Clínicas: 263
Hemorragia Pós-Parto: 918
Hemorragia: 100
Hepatite B: 669
Hiperêmese: 305
Histerectomia em Idade Fértil: 56
Histerectomia: 56
Homicídio: 560
Homossexualidade Feminina: 455
Hormonização: 20
HPV: 149, 245, 858
Humanização: 705
Idade Gestacional: 732
Infância e Adolescência: 461
Infecções: 186
Infecções por Coronavírus: 194
Infecções por Papillomavirus: 217
Infecções Virais: 344
Infecções Endógenas: 525
Infertilidade: 625
Infertilidade Feminina: 286
Infraestrutura: 758
Investigação dos abortamentos: 694
Isolamento Social: 200, 565
ISTs: 70
Justiça: 705
Lactação: 20

Editora Pasteur
SAÚDE DA MULHER

- Leiomioma Uterino: 592
Mama: 277, 604
Mamografia: 803, 834
Manejo: 113
Mastectomia: 778
Maternidade: 758
Medicina: 13, 311, 331, 380, 631, 732, 905, 926
Menstruação: 62, 491
Metformina: 686
Mídias Sociais: 194
MMTV: 344
Mola Hidatiforme: 849
Morbidade: 825
Mortalidade Materna: 100, 128
Mortalidade: 48, 918
Morte Perinatal: 818
Mulher: 34, 82, 340, 356, 714, 792
Mulheres: 109, 660
Neoplasia de mama: 674
Neoplasia Trofoblástica: 849
Neoplasias do Colo do Útero: 217
Nordeste: 340, 356
Nutrição Materna-Infantil: 89
Obstetrícia: 113, 540, 865, 905
Ocitocina: 402
Odontologia Legal: 811
Orgasmo: 792
Pandemia: 200, 714
Panicolaou: 149
Papiloma vírus humano: 858
Parto Cesáreo: 34
Parto humanizado: 39, 350, 402, 550, 905
Parto Normal: 34
Parto: 82, 679
Parturiente: 253
Perfil Epidemiológico: 610
Período Pós-Parto: 514
Pesar: 818
Placenta Prévia: 532
Plano de Parto: 350
Políticas Públicas: 128
População Transgênero: 319
Porencefalia: 619
Práticas Médicas: 495
Pré-eclâmpsia: 575, 912
Pré-Natal: 118
Prevalência: 897
Prevenção de Doenças: 912
Prevenção: 448, 479
Produtos de Higiene Feminina: 491
Proliferação de Lactobacilos: 237
Puerpério: 100, 186, 767, 845
Qualidade de vida: 389, 839
Rastreamento: 448
Rastreio: 13, 118
Recém-Nascido: 732
Reconstrução Mamária: 479
Recursos Naturais: 642
Rede social: 655
Relações Interpessoais: 585
Resistência à Insulina: 686
Resistência Insulínica: 296
Sangue: 444
Saúde da Família: 436
Saúde da Mulher: 27, 138, 176, 227, 286, 362, 380, 389, 436, 505, 610, 679, 705, 747, 803, 873
Saúde das Mulheres: 194
Saúde Pública: 455, 897
Saúde: 604, 752
Segurança do Paciente: 747
Semiologia: 669
Sexo feminino: 839
Sexo: 331
Sexualidade Feminina: 70
Sexualidade: 56, 109, 461, 514, 792
Sífilis Congênita: 48
Sífilis Gestacional: 897
Sífilis: 48, 418, 886
Sinais: 865
Síndrome do Ovário Policístico: 300, 408, 686
Síndrome dos Ovários Policísticos: 296
Síndrome HELLP: 575
Síndrome pré-menstrual: 738
Sintomas menstruais: 738
Sistema Único de Saúde: 674
Terceira Idade: 461
Teste de Papanicolaou: 217
Torção de Leiomioma: 592
Tradições Ancestrais: 642
Transexual: 613
Transexualidade: 20
Transplante: 625
Transtorno Mental: 300
Transtornos da Deglutição: 269
Transtornos Psiquiátricos: 374
Tratamento Medicamentoso: 424
Tratamento: 408, 545
Traumatismos Faciais: 811
Trombofilia: 205
Usuários de Drogas: 585
Útero: 625
Vaginismo: 162
Vaginose Citolítica: 237
Variações Hormonais: 62
Violência contra a mulher: 138, 200, 560, 565, 655, 811
Violência Contra as Mulheres: 540
Violência Doméstica: 610
Violência obstétrica: 39, 82, 253, 495, 679, 926
Violência: 714, 865
Vômitos: 305
Vulvovaginites: 227